

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1941-1942 — N° 34

---

# Essai d'étude médico-légale sur les équivalents comitiaux

## Leur extériorisation en milieu militaire

---

### THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 18 Décembre 1941*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Raymond RONDREUX**

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

Né le 1<sup>er</sup> Mai 1915, à St-PAIR SUR-MER (Manche)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1941



**ESSAI D'ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE  
SUR LES ÉQUIVALENTS COMITIAUX**



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41554211\\_0015](https://archive.org/details/IA41554211_0015)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1941-1942 — N° 34

---

# Essai d'étude médico-légale sur les équivalents comitiaux

Leur extériorisation en milieu militaire

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 18 Décembre 1941*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Raymond RONDREUX**

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

Né le 1<sup>er</sup> Mai 1915, à St-PAIR SUR-MER (Manche)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—  
1941

## PERSONNEL DE LA FACULTE

|                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| Doyen honoraire ..... | M. L. HUGOUNENQ. |
| Doyen .....           | M. J. LEPINE.    |
| Assesseur .....       | M. A. MOREL.     |

### PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,  
NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET,  
BERARD, COURMONT, GUIART, PIERY, VORON, CADE, THEVENOT Léon.

### PROFESSEURS

|                                                           |               |
|-----------------------------------------------------------|---------------|
| Cliniques médicales .....                                 | MM. FROMENT.  |
| Cliniques chirurgicales .....                             | SAVY.         |
| Clinique obstétricale et Accouchements .....              | PATEL.        |
| Clinique ophtalmologique .....                            | SANTY.        |
| Clinique dermatologique et syphiligraphique .....         | X...          |
| Clinique neurologique et psychiatrique .....              | BONNET.       |
| Clinique médicale infantile .....                         | FAVRE.        |
| Clinique gynécologique .....                              | LEPINE J.     |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....                   | MOURIQUAND.   |
| Clinique urologique .....                                 | COTTE.        |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....       | REBATTU.      |
| Clinique et prophylaxie de la tuberculose .....           | CIBERT.       |
| Clinique des maladies infectieuses .....                  | TAVERNIER.    |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie .....   | DUFOURT.      |
| Chimie biologique et médicale .....                       | CHALIER J.    |
| Chimie organique et Toxicologie .....                     | PONTHUS.      |
| Matière médicale et Botanique .....                       | FLORENCE.     |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale .....        | MOREL.        |
| Anatomie .....                                            | MANCEAU.      |
| Histologie .....                                          | GARIN.        |
| Physiologie .....                                         | LATARJET.     |
| Pathologie interne .....                                  | POLICARD.     |
| Pathologie générale et thérapeutique .....                | HERMANN.      |
| Anatomie pathologique .....                               | CORDIER.      |
| Chirurgie opératoire .....                                | X...          |
| Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie ..... | MARTIN J.-F.  |
| Médecine légale .....                                     | SANTY.        |
| Hygiène .....                                             | ARLOING (F.). |
| Pharmacie et Pharmacologie .....                          | MAZEL.        |
| Hydrologie thérapeutique et Climatologie .....            | ROCHAIX.      |
|                                                           | LEULIER.      |
|                                                           | GATÉ.         |

### PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

|                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| Chargé d'un cours d'Embryologie ..... | M. NOEL. |
|---------------------------------------|----------|

### AGREGES

|              |             |            |                 |
|--------------|-------------|------------|-----------------|
| MM.          | MM.         | MM.        | MM.             |
| GABRIELLE    | P. RAVAUULT | CLAVEL     | FROMENT (R.).   |
| CHAMBON      | PIGEAUD     | LEVRAT     | MARTIN (P.-E.). |
| REVOL        | CROIZAT     | PANSSILLON | MOUNIER-KUHN    |
| ENSELME      | DELORE      | MALLET-GUY | BROUSSY         |
| SEDALLIAN    | JOSSERAND   | ROMAN      | PIFFAULT        |
| CREYSSEL     | MORIN       | PEYCELON   |                 |
| DE ROUGEMONT | BERTRAND    | JOURDAN    |                 |

### EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. FROMENT, *président* ; DEVIC, *assesseurs*.  
GABRIELLE et DELORE.



*La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation*

*Je dédie ce travail*

A LA MEMOIRE  
DE MES CAMARADES DE PROMOTION

Pierre CHAUMEIX

Paul CAVALIN

TUES A L'ENNEMI EN MAI 1940

Ils avaient gagné toute notre affection par leurs hautes qualités morales, leur bonté, leur vive intelligence, leur esprit de camaraderie, qui en faisaient les plus charmants des amis.

## A MON PERE - A MA MERE

Je leur dois tout. Ils n'ont cessé de me prodiguer leur tendresse sans borne, leur sollicitude inquiète, leurs sacrifices incessants. Leur vie toute de droiture, de bonté, de désintéressement, de simplicité et de travail, restera pour moi le plus bel exemple à suivre.

Je leur dédie ce travail, trop faible témoignage de mon amour, de ma reconnaissance et de mon admiration.

## A MA SŒUR - A MON BEAU-FRERE

### A MON NEVEU

### A MON FRERE

Avec ma bien vive affection.

## A TOUS LES MIENS

### A MADAME COUREAU, A SES ENFANTS

En affectueuse reconnaissance de  
toutes les attentions, de tous les  
efforts qu'ils ont faits pour me per-  
mettre de retrouver l'ambiance fa-  
miliale.

### A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Président J. FROMENT

*Professeur de Clinique médicale*

*à la Faculté de Médecine de Lyon*

*Officier de la Légion d'Honneur*

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre déferente gratitude pour l'honneur qu'il nous fait de présider notre thèse.

## A NOS JUGES

## A NOTRE MAITRE

Monsieur le Médecin-Commandant HAMON

*Professeur Agrégé du Val-de-Grâce*

Il nous a inspiré le sujet de ce travail, et nous a aidé de ses conseils et de son expérience. Il a mis à notre disposition ses observations personnelles.

Nous le prions de trouver ici l'hommage de notre reconnaissance et de notre respectueuse admiration.

## A NOS CHEFS

**A LA MEMOIRE**  
**DES OFFICIERS, SOUS-OFFICIERS ET SAPEURS**  
**DU 105<sup>e</sup> BATAILLON DU GENIE**  
**Tombés dans les Flandres en Mai-Juin 1940**

**A TOUS MES CAMARADES DE COMBAT**

# ESSAI D'ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE SUR LES ÉQUIVALENTS COMITIAUX

---

## HISTORIQUE ET INTRODUCTION

L'épilepsie se manifeste par des symptômes trop dramatiques pour ne pas avoir retenu l'attention des anciens dans les temps les plus reculés ; on considérerait ces malades tantôt comme des maudits (*Morbus doemoniacus*), tantôt comme des malades inviolables (*Morbus sacer*).

Hippocrate parle des malades qui s'échappent de chez eux, de leurs errances, de leur volubilité confuse : « *Vidi... quosdam exilere et foris fugere, ac decipare, quoad expergiscantur... Aliique multi sunt et varii morbi quorum quodque rencensere, proluxa foret oratio* ».

Chez les Romains, quand l'attaque se déclenchait pendant que les comices étaient assemblés, la réunion était dissoute ; c'est de cette circonstance qu'est né le nom de « *Morbus comitialis* ».

Arete donne des descriptions embryonnaires d'un automatisme ambulateur lorsqu'il écrit : « *Quidam immensum spatium decurrunt et quo perventuri sint nescientes, eodem unde discesserant cursa feruntur. Alii per longum iter eos quibus forte occurrerint, comitantur.* »

Coelius Aurelianus, Galien font également des descriptions remarquables du mal comitial.

Rhazes, Avicenne font preuve d'un grand talent d'observateurs... Après des siècles de stagnation, Paracelse parle longuement du Morbus caducus. Ambroise Paré y fait allusion également. Mais tous ces auteurs se contentent de grossir la collection des observations sans pénétrer plus avant dans la question. La crise convulsive, avec son extrême désordre moteur a seule frappé les esprits.

Tissot dans son traité de 1771, résume la science de l'époque et apprécie la valeur de toutes les conquêtes antérieures.

Durant la première partie du XIX<sup>e</sup> siècle, les aliénistes, tels Pinel, Esquirol et Calmeil, tentent plus de grouper les maladies mentales d'après leur vaine apparence, qu'à rechercher leur lien causal. Aussi faut-il attendre les travaux de Billod (1848), de Delasiauve (1854), de Trousseau (1861) et d'Herpin (1867) pour voir s'établir en même temps que la distinction entre haut mal et petit mal, la notion de leur essence commune.

Falret, en 1860, traduisit de façon explicite et d'emblée complète cette notion nouvelle, et affirma l'existence de troubles mentaux chez les épileptiques en dehors même de la crise. Morel décrivait la même année l'épilepsie larvée.

Il serait trop long d'énumérer dans ce bref historique les innombrables travaux suscités par le sujet. La liste des observations rapportées, tant en France qu'à l'étranger, s'allongerait sans fin... Mais si l'épi-

lepsy, en temps que crise convulsive, est connue depuis l'antiquité, peu d'auteurs au contraire, se sont attachés à une étude d'ensemble sur ses manifestations psychiques. Avant Legrand du Saulle, les médecins légistes français avaient à peine consacré quelques lignes aux conséquences médico-légales du mal épileptique. On n'avait pas songé avant lui à se préoccuper de la classification clinique des différentes modalités de cette affection, non plus que de la psychologie pathologique et de la criminalité spéciale des sujets qui en souffrent. Aussi pendant longtemps ce silence a-t-il laissé naître et se multiplier certaines erreurs judiciaires directement déterminées par l'insuffisance de nos connaissances en matière de comitialité psychique.

Dans la suite de ce modeste essai, nous verrons que l'épileptique peut apparaître comme un malade mental aux réactions anti-sociales diverses et parfois redoutables, et surtout comme un malade mental dont il est souvent fort difficile de rapporter les manifestations paroxystiques, séparées par des intervalles souvent fort prolongés de comportement normal et d'équilibre psychique satisfaisant, à leur véritable cause. Celle-ci reste obscure ou bien dans les conditions habituelles de l'expertise médico-légale, ne peut être affirmée en toute certitude. Le but que nous nous proposons est précisément de montrer combien grandes sont parfois les incertitudes du diagnostic, dans quelle mesure on peut y remédier, et avec quel esprit critique on doit aborder ce problème médico-légal.

Il reste d'abord indispensable de bien connaître avant tout les manifestations épileptiques, qu'elles soient de type convulsif ou de type mental. Les unes comme les autres se caractérisent essentiellement par la perte de conscience et l'amnésie lacunaire consécutive. Leur association permet le diagnostic et tout épisode mental se terminant par un accès convulsif peut en principe être qualifié d'épileptique. Mais, en bien des circonstances, cet accès convulsif fait défaut, ou ne peut être observé parce qu'il est bref, rare, ou mieux encore inexistant. En pareil cas, il convient d'établir alors la réalité de l'épilepsie en recherchant l'existence possible d'équivalents antérieurs, pour tenter, sinon d'arriver à une certitude, tout au moins à des éléments de présomption qui, établis d'une manière rigoureuse et serrée à la lumière de nos connaissances cliniques, garderont toujours quelque valeur aux yeux de la Justice.

*Aussi, dans une première partie*, après un bref rappel sur l'épilepsie en général, étudierons-nous les équivalents, puis donnerons-nous quelques exemples des actions délictueuses ou criminelles commises par les épileptiques au cours de ces équivalents.

*Dans une deuxième partie*, nous porterons plus particulièrement notre attention sur les modalités un peu particulières des équivalents comitiaux en milieu militaire ainsi que sur leurs conséquences du point de vue disciplinaire. C'est à ce propos que nous rappellerons les difficultés du diagnostic et que nous essaierons de contribuer à leur solution, dans toute

la mesure où elle est possible au cours des expertises médico-légales devant les Tribunaux militaires.

#### PREMIERE PARTIE :

- a) Considérations générales sur l'épilepsie ; rappel symptomatique ;
- b) Les équivalents.  
Accès d'automatisme, vertiges, impulsions ;
- c) Actions délictueuses et criminelles des épileptiques.

#### DEUXIEME PARTIE :

- a) Quelques modalités des équivalents comitiaux en milieu militaire ;
- b) Les difficultés du diagnostic médico-légal.

#### CONCLUSIONS.



## RAPPEL SUR L'EPILEPSIE

L'épilepsie reconnaît trois ordres de phénomènes somatiques : le vertige, l'accès incomplet et l'attaque convulsive.

### A. — Crise

L'épilepsie classique se traduit par une crise ; mais celle-ci est le plus souvent annoncée par une série de troubles, subjectifs pour la plupart. Ces troubles peuvent être ressentis par le sujet plusieurs heures avant le déclenchement de la crise ; ce sont les « prodromes ». Parfois, ils ne précèdent le paroxysme que de quelques instants, ce sont les « auras ».

α) LES PRODROMES : Au début ils peuvent être méconnus par le malade. Mais, par leur constance, ils prennent bientôt une valeur annonciatrice, et se fixent dans la mémoire du sujet ; c'est ainsi qu'un malade de Voisin lui dit : « Je sens un mystérieux travail se faire en moi : pendant plusieurs nuits, j'éprouve de l'insomnie, des cauchemars, des grincements de dents. Mes crises sont toujours annoncées par des érections diurnes de plus d'une demi-heure de durée, des pollutions nocturnes et des rêves voluptueux... ».

b) **LES AURAS** : Ce sont des manifestations motrices, sensibles, sensorielles, vaso-motrices ou psychiques, signalées et dénommées par Galien, qui précèdent de très peu de temps la crise et peuvent s'identifier avec elle.

Les auras motrices consistent en secousses, en spasmes, en contractions, limités à un membre ou à la face ; on peut assister à des auras plus complexes ; le malade se gratte le nez, tire la langue ou prononce très vite quelques paroles qu'il répète.

Comme exemple d'aura sensitive nous citerons le cas de la malade de Féré qui : « sentait un chatouillement dans le larynx, elle faisait quelques mouvements de déglutition, puis il se produisait un engourdissement de la main droite, enfin, elle tombait... ».

Les auras sensorielles sont fréquentes, ce sont des sensations auditives, soit des impressions visuelles, soit des hallucinations olfactives. Un malade de Merklen lui écrit : « C'est ainsi qu'un jour, étudiant mon violon, j'eus tout à coup l'impression de voir certaines personnes que je connaissais, je me souviens très bien que je fis un effort pour identifier ces personnes, savoir où je les avais vues, ce fut à ce moment que je perdis connaissance... ».

Les manifestations vaso-motrices s'extériorisent par des pâleurs ou des rougeurs subites, de l'hyper-sécrétion sudorale, lacrymale ou salivaire.

Les auras intellectuelles revêtent tellement de variétés que nous nous bornerons à citer un ou deux exemples :

Peyroux rapporte le cas d'un épileptique qui « crai-

gnait d'être renversé par un char arrivant sur lui à fond de train et dans lequel se trouvait un petit homme coiffé d'un bonnet rouge...».

Un autre malade de Féré dit : « Chaque fois que je pense à Dieu, je suis sûr d'avoir une attaque... ».

Du même auteur, cette autre observation d'un épileptique : « qui sent une sorte d'oppression et est affecté d'un sentiment de tristesse indéfinissable ; puis, tout à coup, s'impose à lui un souvenir pénible .Tantôt c'est celui de sa mère mourante, tantôt c'est celui de son frère rapporté à la maison à la suite d'une chute du haut d'un arbre. Tantôt c'est celui du garde-champêtre qui l'a saisi en train de voler des pommes dans un verger. Quand un de ces trois souvenirs survient, il se couche par terre, sûr d'avoir une attaque, qui survient en effet... ».

## B. — L'attaque

A cette période annonciatrice succède alors *l'attaque* que l'on décompose classiquement en quatre périodes :

1° PÉRIODE DE DÉBUT : Ce début est très soudain. Le malade accuse de la pâleur du visage, il pousse un cri, tombe à terre et perd connaissance, c'est cette chute brutale qui fait toute la gravité de cette période. En effet, l'épileptique peut ainsi s'affaïsser au volant de son automobile, tomber d'une échelle, glisser dans un foyer. On se représente aisément tous les accidents qui peuvent se produire.

2° PÉRIODE DES CONVULSIONS TONIQUES : Après ce début brutal on assiste à des contractures généralisées. Les muscles de la face et de la tête se contractent alternativement, les yeux en mydriase sont ré-vulsés, la mâchoire contractée (d'où morsure de la langue), la poitrine se bloque en expiration, ce qui provoque une cyanose parfois intense, les urines et parfois les matières fécales sont expulsées violemment. Le gros orteil est parfois contracté en extension spontanée ; et il est aussi fréquent de mettre en évidence le signe de Babinski par l'excitation cutanée plantaire.

Cette phase tonique ne dure que quelques secondes et est alors remplacée par la période des convulsions cloniques.

3° PÉRIODES DES CONVULSIONS CLONIQUES : « La tête renversée en arrière exécute des mouvements de rotation d'une extraordinaire rapidité, la mâchoire inférieure est sans cesse agitée de mouvements qui choquent et font grincer les dents, déchirent la langue ; une spume sanguinolente s'échappe des lèvres violacées ; les membres s'agitent violemment dans les contorsions les plus variées..., peu à peu les convulsions deviennent moins étendues et moins fréquentes puis cessent... », alors s'installe la période de Stertor.

4° PÉRIODE DE STERTOR : « Le malade est assoupi, ses membres sont flasques et inertes, l'insensibilité est complète, la respiration bruyante, la face est livide. Lentement, le malade ouvre les yeux, promène

autour de lui un regard vague, hébété, il soulève la tête, fait quelques mouvements automatiques pour rajuster ses vêtements ; puis il se relève, ne conservant en général aucune connaissance de ce qui s'est passé ; mais il lui reste une somnolence et une lassitude générale qui peuvent durer un temps variable ».

### **C. — L'épilepsie bravais-jacksonienne**

N'est qu'un type clinique du syndrome épileptique dans lequel les convulsions sont localisées soit à un membre soit à la face, soit à une moitié du corps.

Dans cette forme, les auras sont particulièrement importantes, elles se manifestent dans le membre qui sera atteint par la crise (signal symptôme).

Le cri initial manque souvent.

La phase tonique est presque inexistante.

La phase clonique se déroule toujours sur le même mode et débute toujours de la même façon dans la même région, ce qui permet de distinguer trois types : brachial, crural et facial, selon que les secousses spasmodiques débutent dans le bras, la jambe ou les muscles faciaux. Ces secousses musculaires subissent en général une progression ascendante. La perte de connaissance ne survient que quand les muscles de la face sont envahis par les contractions.

Les crises que nous venons d'étudier brièvement se succèdent à des intervalles très variables et imprévisibles. Quelquefois cependant ces crises peu-

vent se succéder très rapidement et même s'intriquer les unes dans les autres, de sorte que le sujet n'a pas le temps de reprendre connaissance entre elles. Ainsi se trouve réalisé l'état de mal.

#### **D. — L'état de mal**

Le malade présente alors une hyperthermie parfois très forte. Si une rétrocession n'est pas obtenue rapidement, la seule issue est la mort.

A côté de ces formes graves, nous connaissons également des accès frustes.

#### **E. — Accès frustes**

Qui se traduisent par diverses manifestations. Tantôt ces formes avortées se bornent à une simple chute. Certains accès nocturnes ne se décèlent que par de l'énurésie, ou par un simple désordre du lit dû à l'agitation nocturne. On peut assister aussi à de petits vertiges ou à des absences de quelques secondes; voici ce que dit un malade de Pierre Clark (*Boston méd. et surg. journal*, 1921): « Quand une crise de petit mal survient, je peux habituellement me contrôler moi-même et poursuivre une conversation ou mes occupations du moment, quelles qu'elles soient, ces crises passent inaperçues aux yeux des autres mais pour moi il y a simplement une sorte de tourbillon dans mon esprit, cela dure simplement une seconde, après quoi je me sens tout comme avant... ».

Un autre malade du même auteur dit :

« Plusieurs états légers épileptiques se succédant, je sens que je ne dois les laisser voir à personne. Mais si je m'aperçois bien de ce qui m'arrive, je ne peux cependant pas intervenir et je n'ai même pas le désir de le faire... ».

D'autres fois l'existence du terrain épileptique n'est démontré que par des manifestations larvées que l'on nomme « les équivalents comitiaux ».

## **F. — Les équivalents comitiaux**

« Leur parenté avec l'épilepsie est démontrée par la coexistence avec l'épilepsie convulsive chez le même individu ou dans la même famille, leur allure essentiellement paroxystique, l'épuisement qu'il laisse après eux... » (Crouzon).

Nous ne ferons que résumer très schématiquement ici ces équivalents, puisque nous aurons le loisir de nous appesantir sur leurs différentes manifestations tout le long de cet essai.

On distingue généralement :

### *Les équivalents moteurs :*

Automatisme ambulateur.

Mouvements choréiques ; tics de Salaam.

Certaines myoclonies.

Certains nystagmus.

*Les équivalents sensitivo-sensoriels :*

Migraines.  
Hallucinations.  
Amorause passagère.

*Les équivalents viscéraux :*

Incontinence d'urine.  
Angine de poitrine.  
Maladie de Raynaud.

*Les équivalents psychiques :*

qui sont les plus importants et sur lesquels nous insisterons surtout. Ils se traduisent par :

- 1° Arrêt de l'idéation ;
- 2° Absences ;
- 3° Vertiges ;
- 4° Colères pathologiques ;
- 5° Impulsions irrésistibles :

au suicide,  
au vol,  
à l'exhibitionnisme,  
au parler impulsif,  
à des actes absurdes,  
aux actes procursifs.

- 6° Manie simple (petit mal intellectuel de Falret) ;

7° Manie furieuse ou furie épileptique (grand mal intellectuel).

De ces divers et nombreux équivalents nous voyons de suite qu'il en est qui nous intéressent au premier chef. Ils retiendront particulièrement notre attention parce qu'ils peuvent conduire les sujets à accom-

plir des actes délictueux, voire même anti-sociaux : tels sont les automatismes, les colères pathologiques, les différentes impulsions.

D'autres, au contraire, n'offrent d'intérêt que pour les cliniciens, nous les délaisserons donc délibérément, ce sont les équivalents sensitivo-sensoriels et les équivalents viscéraux.

Nous laisserons également de côté les états de manie épileptique dont le diagnostic s'impose de par le tableau symptomatique même et dont l'aspect médico-légal est trop évident.

Nous étudierons seulement les équivalents qui se traduisent par une activité antisociale dont le caractère pathologique reste à déterminer et nous réserverons un chapitre spécial à l'étude de ceux d'entre eux qui, par leurs manifestations, prennent une importance véritablement médico-légale.



## LES DIFFERENTS EQUIVALENTS

### DIAGNOSTIC POSITIF

1. — Les vertiges.
2. — Les automatismes
3. — Les impulsions.

Nous avons déjà vu que, pendant les crises épileptiques les fonctions nobles du cerveau étaient abolies. La volonté entre autres disparaît et ne peut opposer son frein à certaines manifestations qui peuvent alors se déclencher. Pendant ces instants de déficience de la volonté peut s'opérer une libération motrice importante. Ainsi se trouvent réalisés les « actes automatiques ».

Il y a d'abord les automatismes qui se libèrent à la faveur d'une crise, puis ceux qui se manifestent en dehors des crises et peuvent même à eux seuls constituer toutes les manifestations de l'épilepsie.

Parmi les premiers, Picard, dans sa thèse sur les « actes automatiques de nature comitiale », distingue les *automatismes précritiques* et les *automatismes postcritiques*.

CONSCIENT OU NON, L'AUTOMATISME PRÉCRITIQUE réalise une musculation irrésistible. Tantôt c'est un saut brusque en avant, tantôt une marche précipitée, tantôt une course. Kramer a décrit des formes saltatoires, des procursions à quatre pattes ; on a cité des formes rotatoires avec roulement horizontal, giration verticale ; des formes rétropulsives.

Dans ces actes automatiques, il y a quand même un contrôle plus ou moins lâche qui prouve qu'il y a restriction progressive de la volonté qui ne permet qu'un freinage partiel de l'impulsion initiale. Ces malades conservent entre autre le sens de l'équilibre « témoin les comitiaux qui descendent en plein automatisme, des escaliers en courant, sans tomber », ceux qui traversent une pièce encombrée sans faire tomber les objets et qui contournent les chaises et les meubles, tel aussi ce malade, cité par Picard, qui, projeté d'une fenêtre dans un arbre, en descend très correctement.

DANS LES ACTES AUTOMATIQUES POSTCRITIQUES, l'activité déployée semble liée à quelques réminiscences encore confuses ou à quelques idées prévalentes. L'automatisme répète des actes qu'il a coutume d'accomplir journellement. Bourneville cite le cas d'un jardinier qui, après un accès, se promène pendant plusieurs minutes dans le réfectoire de l'asile, en faisant le geste de semer des graines. Herpin rapporte le cas d'une dame « qui se lève de sa chaise où on a réussi à la maintenir pendant l'attaque et fait

tous les mouvements d'une femme qui se dévêt et est à sa toilette »..., c'est ce qu'on peut appeler *l'automatisme familier*.

### **Les vertiges**

Dans des manifestations comitiales plus atténuées que la crise, dans les vertiges par exemple, les inhibitions partielles qui sont réalisées sont encore plus propices à l'éclosion de l'automatisme que l'accès convulsif lui-même ; le malade effectue alors des actes instinctifs de préservation ; c'est ainsi que Picard interprète ces sauts, ces reculs, ces procursions sans chute, ces préhensions « qui tâchent à concourir au maintien de l'équilibre menacé... ».

Pendant ces vertiges, d'autres actes plus compliqués peuvent être exécutés : « Il n'y a pas de médecin ayant étudié pratiquement ce vertige épileptique, dit Trousseau, qui n'ait vu les malades parlant, répondant pendant l'attaque, parlant, il est vrai, d'un ton singulier, d'une voix étrange, saccadée, mais répondant juste aux questions qui leur sont adressées... ».

Legrand du Saulle définit ainsi le vertigineux :

« L'individu affecté de vertiges jouit de toutes les apparences de la santé, s'occupe de son travail ou cause tranquillement quand, tout à coup, il pâlit un peu, s'arrête, paraît surpris, interrompt sa phrase,

conserve les yeux fixes, lâche l'objet qu'il tient à la main ou le lance convulsivement loin de lui, et reste ainsi immobile pendant quatre, huit, dix ou douze secondes au plus ; il pousse un soupir, achève ce qu'il disait, et ne se doute pas souvent qu'il vient d'être malade. Il n'est pas tombé, n'a rien vu, rien entendu, rien senti ; il a été isolé du monde extérieur, il a été absent... ».

Voici un exemple de vertige cité par le même auteur :

« Dans un wagon de première classe, huit personnes voyageaient un jour sur la ligne de l'Ouest. Un quart d'heure avant d'arriver à Paris, un homme d'une quarantaine d'années se lève tout à coup, vide ses poches, dépose sa montre dans son chapeau, jette ses lunettes par la portière, urine sur les genoux d'une petite fille de huit ans, puis se rassied sans avoir l'air de comprendre l'indignation, les reproches, les menaces et même les violences des voyageurs. A l'arrivée du train, il est arrêté à la gare, conduit au poste, puis dirigé sur le dépôt de la préfecture sous la prévention d'outrage public à la pudeur ; je l'examine le lendemain, le trouve de très bonne foi, tout à fait humilié de son aventure, mais ne se souvenant de rien. Je n'eus pas de peine, après un interrogatoire minutieux et prolongé, à diagnostiquer l'épilepsie et à affirmer dans l'espèce l'irresponsabilité. On prévint sa famille et on le rendit à la liberté... ».

### **Automatisme professionnel**

D'autres manifestations d'automatisme s'accompagnent d'actes beaucoup plus complexes. Les sujets font preuve alors d'une certaine activité professionnelle. Il est des coiffeurs, par exemple, qui, pendant une absence continuent leur travail et peuvent finir de raser leur client correctement. D'autres fois, ils commettent de petites erreurs. L'un d'eux à son réveil constata qu'il venait de couper la moitié de la moustache du client, qui ne vit dans ce fait qu'une maladresse. Nous pourrions citer de nombreuses observations de cet automatisme professionnel. Nous ne rapporterons que celle de L. Marchand et Bauer, citée par Picard, dans laquelle l'activité inconsciente reste coordonnée et le malade accomplit des travaux plus compliqués que ceux qui lui sont commandés.

Voici la description qu'il donne lui-même de ce genre d'absences : « Une fois, sur un dossier style directoire, je faisais faire des cannelures, et une rosace au milieu. Après avoir fait la rosace et les cannelures, j'ai entrelacé pendant une absence les cannelures d'une bande et de petits culots Louis XVI. Après cette petite crise, lorsque je me suis aperçu de l'erreur, j'ai fait raboter le dessus, fait mettre un collage et j'ai recommencé mon travail. Une autre fois, sur une bonbonnière rustique de style Provençal où je devais faire une simple gravure, j'ai fait des fonds creusés à l'intérieur de la gravure. Sur un petit cadre oval, les feuilles Louis XVI devaient re-

poser sur une bande extérieure. Après l'avoir terminé, j'ai découpé pendant une absence toutes les feuilles et enlevé la bande...».

Un autre genre d'automatisme qu'il est très intéressant d'étudier est l'automatisme ambulateur.

### **Automatisme ambulateur**

Nous distinguerons deux formes : la première se manifestant chez le sujet à l'état de veille, la seconde faisant son apparition sur le sujet endormi. Nous voulons parler des fugues et du somnambulisme.

#### **1° LES FUGUES :**

Bien que l'unanimité n'ait pas été réalisée à ce sujet, nous distinguerons néanmoins deux catégories : les unes pouvant être inconscientes et amnésiques, les autres conscientes et mnésiques. Nous ne pouvons mieux faire pour illustrer ces faits que de rapporter les observations suivantes :

a) *Cas de fugue épileptique inconsciente et amnésique :*

« V... Emile, 21 ans, célibataire, journalier, vient à la consultation parce qu'il a des moments où il n'a plus sa tête à lui. Il se sauve alors de chez lui, se laisse entraîner à jouer avec des enfants de rencontre pendant deux ou trois jours, et ne se rappelle

pas les endroits où il est passé... Il est coléreux, dysmnésique, il fait des bêtises dans son travail, où le quitte inopinément, d'où des renvois multiples de chez ses patrons.

Il accuse des absences fréquentes au cours desquelles sa pensée s'arrête et il interrompt sa conversation. Il a des céphalées à prédominance occipitale ; des moments d'asthénie avec anéantissement brusque de ses forces.

A vingt ans, alors qu'il était soldat, étant de garde, il s'est sauvé pendant vingt-quatre heures ; cette fugue l'a fait traduire en conseil de guerre et, malgré son amnésie, il a été condamné avec sursis.

Il y a trois ans, il a pris sans billet le train en gare du Nord, a été arrêté en cours de route, puis relâché provisoirement.

Ces accès ambulatoires très fréquents durent un ou deux jours. Il ne se fait pas habituellement arrêter dans ses fugues, ne vole jamais, achète son manger ou bien mendie. Une fois il a attiré l'attention dans le métro parce qu'il s'était couché par terre...» (Jean Picard).

*b) Cas de fugues conscientes et mnésiques :*

1° « Un jeune homme de dix-huit ans, à la suite d'une crise rapide de contracture, se sent poussé à quitter son domicile ; il part et marche pendant des heures ; il a pu rester absent un jour et une nuit. La conscience pendant cette fugue est un peu obscurcie en ce sens que le sujet ne résiste pas à son impulsion. Cependant, il sait très bien où il est, ne com-

met aucun acte excentrique ou répréhensible ; il se souvient exactement des lieux par où il a passé, de ce qu'il y a fait et même à l'occasion de ses réponses à tel promeneur qui lui a demandé un renseignement. A certains moments, son trouble disparaît ; il fait demi-tour pour rentrer chez lui, mais, ressaisi quelques minutes après son impulsion, il reprend sa fugue...» (Ducosté, Soc. médico-psychologique, 1920).

2° Observation prise par le Docteur Curton (thèse de Bordeaux, 1932) dans le service du professeur Abadie.

« Le malade C... est pris brusquement d'un « tour-nement de tête » avec obscurcissement transitoire de la vue, puis apparaît un sentiment de colère intense et un besoin impérieux de marcher ; il part alors à n'importe quelle heure et par n'importe quel temps, même la nuit. Au cours de ces randonnées, il ne dit rien à personne, mais frappe rageusement de son bâton les animaux qu'il rencontre et tout spécialement les canards qui, dit-il « l'agacent par leur « dandinement ». Au bout de quelques heures, il rentre chez lui, harassé, mais toujours en état de violente colère. Il garde un souvenir, à vrai dire un peu confus, de ce qu'il a fait pendant ces périodes. »

## 2° LE SOMNAMBULISME.

Le somnambulisme, lui aussi, doit dans certains cas être considéré comme un équivalent comitial. En général, on a tendance à admettre cette manifestation comme étant de nature pithiatique ; cependant,

puisqu'il est avéré que la nuit a une action déclenchante sur les accès comitiaux, pourquoi le sommeil ne permettrait-il pas aussi la libération de ce genre d'automatisme cérébral qu'est le somnambulisme.

« Il existe, dit Heuyer, un somnambulisme dont la constatation est plus rare et plus sérieuse (que l'hystérique); c'est le somnambulisme qu'on rencontre chez les épileptiques et qui peut avoir tous les caractères de l'accident ou de l'équivalent épileptique. La nuit brusquement l'enfant se lève, quelques fois s'habille et se met en marche, traverse la chambre avec une décision et une prestesse remarquables. Il paraît totalement inconscient, car il ne répond pas aux paroles qu'on lui adresse et résiste aux mouvements destinés à l'arrêter dans sa progression. Dans un cas que nous avons examiné à l'infirmierie spéciale de la préfecture de police, l'enfant, une jeune fille, descendit la nuit, à plusieurs reprises, déambula sur les boulevards arrêtant les passants et les frappant. A chaque fois, la conscience revint brusquement avec persistance de l'amnésie totale de la période somnambulique. Dans ce cas, comme dans tous ceux où l'on peut affirmer la perte totale de la conscience pendant l'acte somnambulique, et l'amnésie consécutive, le diagnostic d'épilepsie est légitime. Mais il faut reconnaître que ces observations sont très rares... ».

### **Langage automatique**

Les équivalents peuvent encore s'extérioriser par d'autres manifestations. En général, le comitial est

silencieux. Il est tout moteur et ne parle pas. Cependant, tout son mal peut se résumer au simple fait du « langage automatique »; c'est ainsi que toute l'anomalie du comportement se borne parfois au cri classique initial. Certains malades dont les crises ont disparu sous l'influence du traitement gardénalique, poussent plusieurs fois par jour un cri rauque et bref. D'autres prononcent des phrases confuses sur un rythme accéléré. Enfin, de même que l'on observe différents degrés de coordination des mouvements dans l'automatisme moteur, de même dans le langage on peut assister à toutes les formes de perfection.

« La cohésion du langage peut être si apparemment parfaite qu'elle en impose à un auditoire. David Finlay raconte qu'un épileptique en une absence, sermonna au temple ses corréligionnaires et que le lendemain, requis par un ami de lui fournir quelques éclaircissements, il soutint n'avoir pas parlé. De la sorte un délire faussement systématisé peut apparaître, et ainsi que le faisait remarquer Magnan, provoquer une erreur de diagnostic... »

### **Actes stupides divers**

D'après ce qui précède, il ne faudrait pas conclure cependant que l'extériorisation de l'activité psychique des épileptiques se manifeste toujours par des actes d'apparence presque sensée. Souvent au contraire nous relevons chez ces malades des actes inadaptes, saugrenus et stupides, ainsi :

« Une épileptique imbécile se met tout à coup à chanter, à faire des grimaces joyeuses, à parler sans fin et avec incohérence. Elle se tord de rire, marche en se dandinant, prend des attitudes grotesques, se roule par terre, dorlotte les malades et les médecins qu'elle ne reconnaît pas ; se débarrasse de ses vêtements, s'arrache les cheveux, parcourt la salle d'un bout à l'autre... ».

Un exemple célèbre de ces manifestations stupides est celui de Richelieu. Nous pouvons extraire de la lettre de Madame Elisabeth de Bavière, veuve de Monsieur, la description suivante : « Il était sujet à de violents accès de manie ; il s'imaginait quelques fois être à cheval, il sautait alors autour d'un billard, il donnait des coups de pied à ses domestiques en hennissant, et faisait un bruit terrible pendant une heure. Après quoi, ses domestiques le mettaient au lit. A son réveil il ne se souvenait de rien... ».

### **Mimique**

Souvent donc les périodes d'absence épileptique se traduisent par des actes et en général, l'expression du comitial reste à peu près indifférente. Il est des cas cependant où la mimique devient expressive et constitue même la seule manifestation extérieure de l'accès. Ainsi, l'on peut rencontrer des expressions durables d'extase, de tristesse, de sourires stéréotypés. Ces cas s'observent surtout en tant qu'auras, et pour un spectateur peu averti, ils peuvent en imposer pour les discordances de la démence précoce.

### **Impulsion du suicide**

Ainsi que le dit Marchand : « Il n'est pas rare de voir des épileptiques attenter à leurs jours volontairement, consciemment parce qu'ils ne peuvent supporter une existence intenable du fait de leur infirmité, ou parce qu'ils savent qu'ils peuvent être un danger pour leurs proches ou la société. A côté de cette forme de suicide, qui est un vrai suicide, il y en a d'autres qui sont des pseudo-suicides parce que l'acte est accompli sous l'influence d'états mentaux pathologiques ».

Le plus caractéristique est celui qui a lieu pendant la carence des fonctions intellectuelles supérieures et qui rentre dans le groupe des actes automatiques épileptiques. Il peut se produire sans être précédé ou suivi d'un accident paroxystique, comme manifestation isolée de l'épilepsie, véritable équivalent comitial ; le plus souvent l'acte survient à la phase d'obnubilation post-paroxystique.

Le suicide impulsif conscient et mnésique est beaucoup plus rare ; il peut être aussi considéré comme un équivalent épileptique quoique sa nature comitiale soit encore discutée par divers auteurs. On peut également observer cette forme consciente et mnésique au cours des états hallucinatoires qui suivent parfois les crises classiques, et l'acte s'accomplit sous l'influence de voix impératives.

« Il est intéressant de noter que certains épileptiques qui ont des idées de suicide qu'ils peuvent ré-

primer quand ils sont dans leur état normal, réalisent leurs tentatives de suicide au cours de l'état pathologique ».

Voici quelques exemples qui viennent à l'appui de cette théorie :

#### 1° LE SUICIDE AU COURS DES ETATS D'AUTOMATISME ÉPILEPTIQUE.

« Un malade de Magnon se perce un jour la poitrine de neuf coups de tire-point sous l'influence d'un vertige. Un autre jour, se promenant sur la place de la Bastille tout à coup au milieu de la foule, sans se préoccuper des gens qui l'entourèrent, il entr'ouvre sa chemise, et se plonge un couteau dans la région du cœur. Porté dans une pharmacie, il revient à lui et, se voyant blessé et couvert de sang, il demande avec étonnement ce qui s'est passé. L'année suivante, il fait encore en public deux tentatives du même genre. Il ne conserve aucun souvenir de ces différents actes... »

#### 2° LE SUICIDE AU COURS DES ETATS HALLUCINATOIRES.

« Dans l'observation de Mignardot-Ramée et Aubry, les impulsions au suicide surviennent au cours d'un état hallucinatoire post-paroxystique qui s'accompagne de dépression, d'hallucinations visuelles et surtout auditives. L'acte est déclenché par les hallucinations. Le diable et les êtres surnaturels lui ordonnent de se tuer. La tentative de suicide suit aus-

sitôt le commandement ; à chaque tentative, qui s'est renouvelée six ou sept fois, le mode d'exécution est le même : le malade se jette sur son couteau ou sur son rasoir, et essaye de se trancher la gorge. Il porte plusieurs larges cicatrices. Une seule fois l'état hallucinatoire s'est produit au cours d'un intervalle lucide sans être précédé d'une crise convulsive, et le malade tenta de se détruire par le procédé habituel... ».

### 3° LE SUICIDE AU COURS DES ETATS DÉPRESSIFS RÉACTIONNELS.

Nombre d'épileptiques en effet considèrent leur vie comme un lourd et insupportable fardeau. Si ces sujets doivent gagner leur vie, quelle conduite doivent-ils adopter ? En avouant leur infirmité, ils ne sont pas engagés. En la dissimulant, ils sont remerciés à la première manifestation. Ils errent ainsi de place en place, sans trouver de solution. Aussi, beaucoup de ces malades, lassés de cette existence de parias, attendent-ils à leurs jours, sans qu'intervienne chez eux une constitution hyperémotive ou une dépression constitutionnelle.

« Un garçon coiffeur, très bon employé, d'un niveau mental normal, était renvoyé de ses places à cause de ses crises qui se manifestaient sous la forme psychique. Il lui était arrivé plusieurs fois de laisser tomber le rasoir au moment où il rasait les clients, de tenir des propos incohérents, de siffler, d'uriner devant les personnes, de se déshabiller. Au

cours d'une absence, il a coupé la moustache d'un client ; au cours d'une autre, il s'est coupé un doigt avec son rasoir. Tous ses propos et actes incohérents étaient suivis d'une amnésie totale. C'est à treize ans, au moment où il commençait à apprendre son métier de coiffeur, qu'il eut sa première absence. A partir de cet âge, il n'a pu rester plus de deux ou trois mois chez le même patron, et chaque fois qu'il était remercié, il éprouvait un dégoût de la vie, car il savait qu'en rentrant chez un autre, il serait remercié à cause de sa maladie. Il a toujours refusé de changer de métier. A l'âge de 27 ans, il a commencé à manifester des idées de suicide, disant qu'il en avait assez d'être traité comme un paria. Il se suicida à l'âge de trente ans...» (de Marchand et Ajuria Guerra, *Presse Méd.*, avril 1941).

#### 4° LE SUICIDE AU COURS DES IMPULSIONS MNÉSIQUES ET CONSCIENTES.

Observation de Ducoste, rapportée par De Curton (thèse de Bordeaux, 1932).

« Une après-midi vers six heures, Jérôme était dans sa chambre et coupait les pages d'un livre, lorsqu'il le ferme brusquement et me dit : « Bon, je vais avoir envie de me tuer. Ne vous effrayez pas, cela me vient de temps à autre... ». Il marche de long en large à pas lents, la tête baissée. Il ne me dit rien pendant une dizaine de minutes puis d'une voix légèrement tremblante : « Vraiment c'est étonnant, je tiens à la vie, je considère le suicide comme

une lâcheté, une rébellion contre la volonté de Dieu, et je ne sais pas quelle force me pousse à me tuer pas n'importe quel moyen... ». Il continue sa promenade puis il s'assied met la tête dans ses mains et semble absorbé pendant quelque temps puis : « Ah - si j'avais un couteau je me frapperais... frapperais... frapperais.. mille morts plutôt qu'une, et cependant, je ne veux pas... Ne vous effrayez pas... bientôt ce sera passé. Il faut attendre. c'est mon démon qui me domine... et je ne suis pas fou du tout... c'est l'épreuve... mais je serai le plus fort... ». Il y a une demi-heure environ qu'il est sous la « domination de son démon ». Il se lève brusquement, renverse sa chaise et me crie : « Ah ! vous savez, si je tente de me tuer, empêchez-moi, à nous deux nous vaincrons ça... », puis il arpente fièvreusement la pièce en répétant : « Non... non... non... » Cela ne dure que deux ou trois minutes, enfin, il s'arrête, s'assied, et me dit en souriant : « Voilà, c'est fini, absolument fini, jusqu'à la prochaine fois. J'ai bien mal à la tête ; je suis fatigué, je dormirais volontiers... ». Il répète ces mots d'une voix déjà somnolente, je lui offre de se coucher dans mon lit, je le veillerai ; il accepte, se couche, s'endort presque immédiatement en me disant : « demain, je vous raconterai... contera... ». Le sommeil est paisible. Le lendemain à 5 heures, il se réveille, il est frais, dispos, d'une humeur charmante.

Sous l'influence d'exoès sexuels, et d'un sérieux surmenage intellectuel, se substituent à ces crises de suicide impulsif de grandes attaques comitiales classiques.

Le traitement bromuré fait disparaître ces crises convulsives mais les accès de suicide impulsif conscient qui ne s'étaient pas montrés depuis l'entrée en scène des convulsions reparaissent avec une fréquence et une forme particulièrement fâcheuses. Il a eu même une impulsion homicide parfaitement consciente contre laquelle il n'a pas pu lutter..., il se sentait poussé à tuer, « broyer », déchiqueter sa « maîtresse » pour laquelle il a cependant une affection, un respect tout particuliers.

Le malade cesse alors l'usage du bromure « préférant supporter ces attaques convulsives plutôt que ces attaques de suicide auxquelles un jour ou l'autre il ne pourrait résister ». Les crises convulsives reprennent mensuellement, séparées par quelques vertiges. Les impulsions ont complètement disparu...»



## ETUDE MEDICO-LEGALE DES ACTIONS DELICTUEUSES ET CRIMINELLES

Préciser ainsi le tableau clinique des différents équivalents épileptiques, présente un intérêt certain pour le clinicien ; mais l'épileptique n'intéresse pas que le clinicien. Son état pathologique se manifeste parfois par des réactions anti-sociales qui l'amènent à rendre compte de ses actes devant les juges. Nous voulons parler des différentes impulsions : au vol, à l'exhibitionnisme, au meurtre, etc... et des colères pathologiques.

Dans certains cas, l'impulsion revêt les caractères habituels de l'épilepsie, c'est-à-dire est accompagnée d'inconscience et d'amnésie consécutive. L'expert conclut donc à l'irresponsabilité. Le malade est alors relaxé et confié aux médecins.

En plus de ces deux tests, les actes délictueux ou criminels sont tellement saugrenus ou ostentatoires, que leur nature morbide devient évidente. Ils sont alors soumis à un examen mental qui révèle l'origine de leur mal.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et il arrive parfois que leurs délits prennent toute l'apparence d'agissements commis sous l'influence d'un esprit volontaire et lucide.

Les principaux délits ou crimes relevés contre des comitiaux sont les suivants : l'anomatomanie, l'exhibitionnisme, les attentats aux mœurs, la pyromanie, le vol kleptomaniac, les évasions, les délits de vagabondage, les infractions à la police des chemins de fer, des tentatives homicides, des tentatives de suicide.

Comme délits proprement militaires, on note de plus : les automutilations, les abandons de poste, les désertions...

La littérature nous fournit des exemples très nombreux et très variés de ces différentes manifestations d'activités comitiales. Nous nous bornerons à reproduire quelques observations.

Chantemesse et Vidal rapportent le cas d'un douanier qui laisse passer de l'huile en contrebande et est stupéfait de se voir inculpé de complicité. Magnan cite un inculpé qui, au tribunal, se répand en invectives variées contre le procureur, et demande après quelles sont les raisons qui lui ont valu un surcroît de condamnation. Les injures proférées avaient été mises sur le compte d'une dipsomanie qui n'existait pas...

### **Exhibitionnisme**

« L'exhibitionnisme est pris pour une perversion répréhensible ; soit une sensation critique de malaise soit un besoin symptomatique d'une émission d'urine, soit une libération d'instincts sexuels sommaires, pousse les épileptiques à se dévêtir, à uriner

en public ou à faire montre de leurs organes génitaux. Une jeune fille quoique pudique et bien élevée, résistait quand on voulait l'empêcher de relever ses jupes (Herpin). Un inspecteur de police, urinant dans une rue, ne doit de ne pas être inquiété qu'à sa situation. Un jeune homme expertisé par Gelma, se lève de sa place étant au spectacle, se dirige vers l'orchestre et urine contre la balustrade qui sépare le public des musiciens puis il entreprend de se dévêtir. Le magistrat de Trousseau faisait de même qui, durant une audience du tribunal, se leva de son siège pour uriner dans un coin de la salle... » A la suite de ces différents actes, les auteurs n'ont conservé aucun souvenir. Il est vrai que ces actes sont tellement incongrus, qu'ils ne trompent personne sur leur nature, mais il en est d'autres, où, malgré l'amnésie invoquée on pourrait déceler une part intentionnelle dans la manifestation de l'instinct qui « se libère ». Un épileptique après une crise se jetait sur sa mère et tentait de la violer (Krafft Ebing). Un autre avait été hospitalisé à la suite d'un viol sur une fillette de trois ans. Cette tentative était d'ailleurs amnésique et dans les antécédents du malade on relevait de nombreuses crises.

### **Pyromanie**

Pour ce qui est de la pyromanie « Legrand du Saulle, Motet, plus récemment M. Pactet en ont publié des exemples : Un pyromane à six ou huit semaines d'intervalle, met le feu de la même façon; un autre allu-

me vingt-trois incendies dans son village... « Dans ces cas, ce qu'il faut remarquer, c'est la répétition de l'acte, l'observance d'une certaine constance dans son exécution, qui sont des plus significatives. »

### **Impulsions au vol**

Pendant leurs errements les malades peuvent aussi se laisser aller à commettre de nombreux vols.

« Une femme sur laquelle il ne planait aucun soupçon de malhonnêteté alla au casier d'une autre malade, y prit une bourse, et l'empocha. » C'est encore dans Legrand du Saulle que l'on trouvera les plus caractéristiques exemples : « Un jeune homme d'un rang élevé est comblé par sa famille. Trois ou quatre fois par an il éprouve à l'estomac une sensation particulière, toujours identique, et en quelques secondes il se sent envahi d'une sorte de vapeur qu'il ne peut définir. Son intelligence se trouble. Lorsqu'il retrouve sa lucidité au bout de quelques jours, il est fort surpris de se trouver harassé de fatigue, très loin de chez lui, en chemin de fer ou en prison, les vêtements en désordre, couvert de poussière, ne se souvenant de rien de ce qui a pu se passer, et ayant dans les poches des porte-monnaie, portefeuilles, bijoux, foulards,, porte-cigares, papier à cigarettes, des sondes en gomme, un hochet, une médaille de sauvetage, deux tabatières, un sifflet, des clés, et des cure-dents... »

## **Impulsions homicides inconscientes et amnésiques**

La fureur épileptique, la soudaineté et la brutalité de ces manifestations, sont à l'origine des impulsions homicides. Les chroniques journalières et les livres judiciaires fourmillent d'exemples de crimes où l'on dépeint l'auteur comme une sombre brute, s'acharnant sur le cadavre de sa victime avec une sauvagerie exceptionnelle. D'autres fois le criminel semble avoir agi posément, on lui attribue même une certaine préméditation. Voici une histoire racontée par une épileptique qui tua son enfant...

« Je tenais dans mes bras mon dernier-né, lorsque je voulus prendre un couteau pour entamer un pain; à ce moment je fus prise d'un de mes accès, et croyant couper une tranche, j'ouvris la gorge de mon enfant; quand je revins à moi, il râlait, prêt à rendre le dernier soupir... »

Comme exemple de soi-disant préméditation, voici deux autres observations :

« Une jeune fille, contrecarrée par sa mère dans un amusement, la resollicite en période d'absence, et sur un refus la blesse avec un verre en criant : « Maintenant je suis contente, ne me laisserez-vous pas faire ce que je veux. » Au réveil on lui raconte la scène dont elle s'étonna. »

Dans un rapport médico-légal de Guislain, cet auteur rapporte le cas d'un épileptique ayant passé en cour d'assise pour crime; ce malade était en désaccord avec son voisin. Le jour de l'attentat il aiguise

un grand couteau sur une meule pendant plusieurs heures en répétant : « Je t'aurai bien... » Il sort dans la rue le couteau en main, court chez son voisin, se précipite sur lui, porte un coup à la sœur de la victime qui s'interposait, puis le rejoint, lui entaille profondément la gorge, enfonce ses doigts dans la blessure et l'agrandit avec ses ongles... Aux questions de détail que lui pose le président des Assises, le meurtrier répond : « Puisque vous me le dites, Monsieur, je dois le croire, mais je l'ignore complètement... »

#### **Auto-accusation par écriture inconsciente**

Pendant les absences, il n'est pas rare de voir les malades écrire quelque chose. Les uns notent une adresse sur un carnet. D'autres fois les phrases traduisent des idées impulsives, des désirs inavoués, des souvenirs effacés de la mémoire; c'est ainsi que Picard rapporte l'observation suivante :

« M. le Docteur Legrain nous a communiqué l'écriture d'un de ses malades; en cette lettre, celui-ci s'accuse d'un viol sur sa nièce, viol très vraisemblable dont il avait été accusé formellement, et qu'il avait toujours nié avec l'accent de la sincérité la plus complète. Revenu à lui, il reconnaît son écriture et ne put élucider cette auto-accusation d'un acte nul et non avenu par lui; une attaque d'épilepsie leva ultérieurement les doutes qui subsistaient sur la nature de cet état second, favorisé par les habitudes alcooliques... »

## **Impulsions homicides conscientes et mnésiques**

Dans d'autres cas le diagnostic d'irresponsabilité est beaucoup plus difficile à porter car l'impulsion a été consciente et mnésique, et l'expert, s'il accepte le dogme de Garnier, qui affirme que « nous devons rejeter du cadre des impulsions épileptiques vraies, les actes accomplis avec une conscience même partielle et ayant laissé des traces dans la mémoire », conclura à tort à la responsabilité, car, de Curton, dans sa thèse de Bordeaux (16 décembre 1932) a nettement établi l'existence d'impulsions épileptiques mnésiques et conscientes.

Pour lui les impulsions des épileptiques se diagnostiqueraient par la « soudaineté d'apparition, la violence aveugle et brutale, l'indépendance apparente des circonstances extérieures, la rapidité et la brièveté de la réitération similaire, la terminaison subite, la fatigue morale et psychique consécutive... »

Il insiste sur ce fait que : automatisme, perte de connaissance, amnésie sont des caractères plus classiques et plus spécifiques, mais qui ne sont pas indispensables.

A l'appui de ces théories viennent plusieurs exemples, nous en choisirons deux parmi les plus typiques :

### **EXEMPLE I**

« P... était atteint d'épilepsie convulsive depuis son jeune âge; une nuit, à moitié vêtu, dans un grand état d'exaltation, il court chez son parrain, brise une fe-

nêtre chez un voisin, va chez son beau-frère disant qu'il est « rempli de rage » et ajoutant : « J'ai travaillé fort cette nuit ». On le reconduit à sa demeure où l'on retrouve les cadavres du père et de la mère de P..., étendus, baignant dans une mare de sang, affreusement mutilés par des coups de bâton, que le meurtrier reconnaît pour son arme. P... se souvient parfaitement des détails de l'événement et reconnaît : « Oui, c'est bien moi qui les ai tués, et ce n'est pas sans peine... ». Il ne sait reconnaître les mobiles du crime, mais répond seulement : « Il fallait que cela se fit ! Je sentais comme si j'étais poussé à le faire, il m'était impossible de me retenir... C'est une chose qui fallait qui fut faite ». Placé dans un asile d'aliénés, P... mourut un mois après à la suite d'accès convulsifs répétés.

## EXEMPLE II

Observation du Dr SCHLUP  
(*Annales médico-psychologiques* 1907)

Il s'agit de l'homicide d'un jeune italien, qui sans raison aucune prend son revolver, descend chez lui, et décharge son arme sur un de ses camarades, puis s'enfuit la cacher « de crainte d'avoir une amende... ».

Malgré la conservation à peu près parfaite de la mémoire de l'acte, l'auteur n'hésita pas à porter le diagnostic d'épilepsie larvée, « sur la simple constatation chez le criminel des stigmates du caractère épileptique, (une intelligence faible, de l'irritabilité et l'humeur changeante) et sur l'existence de crises qui tiennent beaucoup de la crise épileptique classique (accès de colère au cours desquels le malade bave et mord la langue). » Il affirma l'irresponsabilité.

## Délits du code de la route

Il est des métiers que les épileptiques ne sauraient exercer sans devenir de graves dangers publics. Nous rapportons ici le cas d'un chauffeur de taxi qui eut sa première crise diurne à 28 ans; étant sur sa voiture il a fait alors rue de Rome une chute de 13 mètres de haut sur la voie de chemin de fer, il a eu cet accident parce qu'au début de son accès, son pied a glissé du frein et l'autre a appuyé sur l'accélérateur. Il s'est alors fracturé trois côtes; il continua pourtant son métier et ne le cessa qu'après un nouvel accident, qu'il raconta ainsi :

« C'était le dimanche soir à onze heures et demie, à la sortie du théâtre de l'Opéra, je chargeais dans mon taxi quatre personnes, un monsieur et trois dames, pour les conduire rue Etex...; je descendais l'avenue de Saint-Ouen. Juste en tournant ma direction pour prendre la rue Etex il m'a pris un étourdissement; je me suis couché sur le côté gauche de mon siège, et en me couchant je n'ai pas lâché le volant; alors j'ai fait faire demi-tour à mon taxi, je suis revenu sur l'avenue de Saint-Ouen, j'ai traversé l'avenue et suis monté sur le trottoir. J'ai renversé un banc, et sur le banc il se trouvait deux personnes assises. J'ai refait demi-tour sur le trottoir et j'ai repris le milieu de l'avenue. J'ai encore marché cinquante ou soixante mètres en descendant l'avenue. Je suis encore monté sur le trottoir, toujours du côté gauche, alors je me suis bloqué contre un arbre. Une fois bloqué contre l'arbre, une ou deux minutes après j'ai repris

connaissance, et c'est depuis ce moment-là que j'ai cessé de faire le conducteur de taxi... » Les gens alertés par cet accident, le considérant comme ivre, paraient de le molester et ce sont les personnes qui étaient dans le taxi qui l'ont défendu et fait remarquer aux agents que c'était sûrement un malade. » (Mentionné par MM. Toulouse, Dupouy et Schiff. *Ann. Médico. psych.*, 25 avril 1925, p. 466), (cité par Picard).

### Résumé symptomatique de l'épilepsie larvée

Maintenant que nous avons passé en revue les différentes manifestations des équivalents comitiaux, nous pouvons dresser le résumé symptomatique de l'épilepsie larvée, et dire avec Legrand du Saulle :

« Pour arriver au diagnostic d'épilepsie larvée, il faut tenir compte des principaux symptômes qui sont les suivants : sorte d'aura préalable assez fréquente, irritabilité subite, excessive et non motivée, excitation périodique suivie d'accablement, d'étonnement, et de demi-stupeur; illusions et hallucinations, d'un caractère sinistre et terrifiant ; rêves effrayants ou horribles; exaltation de la sensibilité; absences passagères de lucidité, de raison et de liberté morale; impulsions instantanées et irrésistibles; actes violents et agressifs; tendances homicide et suicide, besoin automatique de marcher tout droit devant soi, sans direction et sans but; longues courses, inconscientes parfois; répétition invariable du même mot; des mêmes idées; des mêmes conceptions délirantes; des mêmes emportements ; des mêmes impulsions ; des mêmes

tentatives; des mêmes actes indéliçats, immoraux, violents, incendiaires ou attentatoires à la vie d'autrui; tentative de mort volontaire dans des circonstances insolites et toujours semblables; perte du souvenir des choses dites et des choses accomplies; niveau intellectuel fléchissant par degrés... »

### **Considérations médico-légales**

Nous avons vu que les caractères les plus habituels des crimes commis par les épileptiques peuvent être résumés dans le groupe des signes suivantes : « absence de motif, manque de préméditation, soudaineté et énergie de la détermination, férocité de l'exécution, déploiement d'une violence insolite, multiplicité des coups, nulle dissimulation dans l'accomplissement de l'attentat, et nul soin de se cacher après; indifférence absolue, absence de tout regret et de tout remords; oubli total ou réminiscences confuses et partielles de l'acte perpétre... »

Quand tous ces signes sont au complet, nul ne pourrait se tromper sur la nature épileptique du criminel. Mais il est d'autres cas, et ce sont pour les médecins légistes les plus intéressants où, comme le dit A. Tardieu : « l'épilepsie est caractérisée par l'impulsion instinctive par l'acte soudain, brusque, irréfléchi, parce que l'on a très bien appelé l'ictus, sans précédent et sans suite, et lorsque l'on songe que cet acte peut être le meurtre inattendu et inexpliqué du passant le plus inoffensif, et que le meurtrier n'a donné avant, et ne donnera pas après le moindre signe d'altération

des facultés, il y a bien de quoi terrifier, et de quoi soulever, dans la conscience des juges les plus douloureuses perplexités. C'est à l'expert qu'il appartient de les faire cesser. »

Pour cela, dans l'interrogatoire du prévenu, le médecin, pour déceler le fond épileptique, s'il existe toutefois, devra insister sur la recherche et la valeur médico-légale des petits signes comme l'incontinence d'urine périodique, l'énurésie dans l'enfance, les convulsions, les migraines rebelles, violentes et répétées, les nuits agitées, le somnambulisme, les antécédents héréditaires ou collatéraux, en un mot sur tous les caractères de l'épilepsie larvée. La constitution épileptoïde peut rester ainsi en veilleuse et ne se manifester que par ces petits signes, qui, pour un observateur superficiel passent inaperçus. Mais, on devra les rechercher systématiquement et minutieusement quand l'acte malfaisant a été la conséquence nécessaire, fatale et immédiate de l'impulsion malade. C'est ce que dit Legrand du Saulle quand il formule ce qu'il appelle sa « loi médico-légale ».

« Lorsqu'un crime tout à fait inexplicable et en complet désaccord avec les antécédents d'un prévenu qui n'est réputé ni épileptique, ni aliéné, vient à être accompli avec une instantanéité insolite, il y a lieu de se demander, et l'on doit rechercher s'il n'existerait pas des accès nocturnes méconnus d'épilepsie... »

## QUELQUES MODALITES DES EQUIVALENTS COMITIAUX EN MILIEU MILITAIRE

### LES DIFFICULTES DU DIAGNOSTIC

- I. — Fugue, désertion : exemple
- II. — Etat d'automatisme ambulateur de durée plus ou moins longue : exemple
- III. — Impulsions.

*Difficulté d'affirmer la nature comitiale de ces  
manifestations*

*Exemple : Rapport d'expertise médico-légale*

En milieu militaire, les diverses manifestations psycho-motrices du mal comitial prennent un caractère de gravité exceptionnel. Par exemple, la fugue, dans la médecine civile, présente un haut intérêt diagnostique et médico-légal. Cependant, le symptôme essentiel de la fugue : le départ inopportun, lorsqu'il ne se complique pas d'autres réactions d'ordre confusionnel, anxieux ou délirant, n'entraîne pas nécessairement, par lui-même, de conséquences graves : il n'arrache pas le psychopathe à un poste d'honneur qui est aussi un poste obligatoire. Dans une armée en

temps de paix, et à plus forte raison dans une armée en campagne, la fugue, au contraire, n'apparaît plus comme une simple erreur, une escapade anodine, dont l'inconvénient cesse avec le retour de l'égaré. Elle acquiert un sens moral redoutable. Fugue devient synonyme de fuite devant l'ennemi, d'abandon de poste et de désertion. Elle prend la proportion d'un délit ou d'un crime; ainsi qualifiée, elle conduit l'accusé devant le Tribunal Militaire, et elle peut entraîner toute une série de sanctions extrêmement rigoureuses qui s'échelonnent depuis quelques années de prison jusqu'à la peine de mort.

Ainsi nous voyons toute l'importance qu'il y a pour le médecin militaire à bien connaître les manifestations des équivalents comitiaux : « car c'est au médecin de régiment et d'ambulance à sauvegarder la discipline et la sécurité des troupes, en signalant et en évacuant le malade destiné, par la nature de sa psychopathie à commettre des fugues; c'est à l'expert et au spécialiste à disculper devant la justice et à soigner dans un centre neuro-psychiatrique approprié le sujet, dont la fugue n'a pu être prévue, ni empêchée en temps voulu. »

Il est des cas où des crises convulsives typiques se manifestant en milieu médical, apporte une certitude au diagnostic, parfois hésitant. Mais d'autres fois, et nous le verrons par la suite de cette étude, des tests aussi éclatants font défaut, et l'expert a besoin de toute sa sagacité pour porter un diagnostic de probabilité.

## La fugue

*Exemple rapporté par FRIBOURG BLANC dans sa Pratique psychiatrique dans l'armée (obs. 63).*

« Voici par exemple l'histoire du soldat M... employé de bureau, incorporé dans l'armée en mai 1926. A partir de la puberté, les accès convulsifs de son enfance avaient à peu près disparu, mais des actes automatiques de type ambulatoire les avaient remplacés. Ses fugues avaient été nombreuses, toujours inconscientes et amnésiques, c'étaient des impulsions irrésistibles, pendant lesquelles ce sujet en véritable « état second », accomplissait les actes indispensables à la réalisation de sa fugue.

Ce fut ainsi qu'au régiment « au réveil » après s'être correctement habillé, il alla franchir le mur de la caserne, se dirigea vers la gare de l'Est, prit un billet pour Châlons où il fut tout étonné de reprendre connaissance. Il dut écrire à sa famille de venir le chercher, son état d'obnubilation, de torpeur psychique et de céphalée ne lui permettant plus, à chacune de ses fugues, de prendre les décisions nécessaires à son retour.

Le caractère pathologique de cette fugue fut d'ailleurs méconnu et ce sujet subit une punition de prison.

Un deuxième épisode se traduisit par une déambulation nocturne dans le bois de Boulogne, qui, cette fois, amena son hospitalisation.

On trouvait dans son passé, à l'âge de 16, 17, 18 ans, des fugues analogues. L'une d'entre elles s'était terminée à Lourdes et avait nécessité des recherches de la police. Le passé convulsif de ce malade, ses états vertigineux signaient la nature de ses fugues, qui étaient des équivalents comitiaux... »

*Exemple II (FRIBOURG BLANC, obs. 64).*

« Vingt-deux ans, très sobre, un excellent passé militaire, une enfance saine de paysan, une hérédité neutre, sans passé convulsif, ni énurésie tardive, ni spécificité, tel présentait C... au moment où allait se jouer le drame que nous allons conter.

Disons toutefois que, quelques mois auparavant, il avait subi une intervention pour mastoïdite et qu'il avait toujours souffert de céphalées violentes et de vertiges subits de courte durée.

Le 8 juillet 1927, sorti dans un excellent rang de l'Ecole de Gendarmerie de P..., satisfait de son sort, C... regagnait la brigade des Vosges qu'il désirait. Quatre jours après, le 12, C... qui avait passé une journée normale avec ses camarades, se coucha à 22 heures, n'ayant fait aucun abus alcoolique. Quarante-huit heures près, on le retrouvait dans une péniche amarrée à un quai de Paris, ayant tenté de s'ouvrir la gorge d'un coup de rasoir. Traité à l'Hôtel-Dieu, il nous arriva guéri de sa blessure, mais amnésique et incapable de raconter son histoire. Il se rappela vaguement s'être levé et habillé à minuit pour sortir sur la route avec sa bicyclette. Là, interruption complète de ses souvenirs... L'enquête montra qu'il avait parcouru dans la nuit près de quarante kilomètres jusqu'à la ville voisine, où sa bicyclette avait été retrouvée, abandonnée dans la rue. Vraisemblablement il avait pris le train pour Paris, mais son emploi du temps restera toujours inconnu, car il ne revint à lui que dans un lit à l'Hôtel-Dieu.

Les renseignements de son chef permirent d'éliminer la fugue éthylique, mais le diagnostic de la nature de sa fugue reste en suspens.

Pourtant l'amnésie totale qui l'avait accompagnée, l'état crépusculaire qui l'avait précédée, les actes automatiques accomplis, tous ces faits, jusqu'à la tenta-

tive de suicide même, faisaient penser à une fugue en état second, et l'idée de l'épilepsie venait à l'esprit. Il manquait pourtant pour l'étayer le test des crises motrices ou quelques équivalents.

Au cours d'un interrogatoire, ce malade devait pourtant livrer le secret de sa maladie en présentant un de ces vertiges signalés plus haut, accompagné d'une très courte perte de conscience, avec quelques secousses musculaires, limitées à la face, obnubilation et céphalée consécutive.

C... était donc un comitial et sa fugue amnésique n'était qu'une des manifestations de sa maladie... »

### **L'absence**

Nous nous bornons à citer des observations sans commentaire, puisque ces manifestations comitiales ont déjà été étudiées dans les chapitres précédents, elles ne diffèrent que par l'importance que leur confère le milieu militaire où elles se déroulent.

OBSERVATION. — « Un militaire porte une dépêche, traverse un bois qu'il connaît parfaitement, se perd, jette loin de lui le carnier qui renferme sa dépêche, dépose son arme au bas d'un arbre, cherche sa route, revient à lui, ne retrouve ni dépêche ni arme et passe en conseil de guerre. Il n'avait pas un seul jour de punition sur son livret, et n'allait jamais au café. On sait seulement qu'il lui arrivait de se lever la nuit et de ne pouvoir retrouver son lit. Il est intelligent d'ailleurs, estimé de ses camarades et à une fort bonne réputation à son corps. Il ne se souvient de rien. Une sévère condamnation est prononcée contre lui. Un an après, la grâce est obtenue et la réforme prononcée. Rentré dans

la vie civile, il s'est déjà fait arrêter quatre fois pour avoir mis publiquement à nu ses organes génitaux... » (Le grand du Saulle).

### **Les impulsions**

Ainsi que le fait remarquer M. Fribourg Blanc :

« Adulte, l'épileptique nous apparaît versatile, instable; son caractère est triste, et sa mauvaise humeur s'exprime à tous propos. Rarement satisfait de son sort, ou des soins qu'on lui donne, il est volontiers persécuté et revendicateur. La brusquerie de ses sautes d'humeur est remarquable, il passe sans transit de la tristesse à la gaité, et la violence de l'action est l'estampille de sa maladie...

Pour compléter ce tableau, rappelons aussi que l'affectivité chez de tels malades subit également de nombreuses transformations. L'épileptique est par nature égoïste, jaloux et souvent cruel, heureux encore que ses sentiments n'évoluent pas vers la haine familiale... »

De ce bref tableau nous pouvons déjà dégager ce que peut être le comportement d'un tel sujet impulsif et violent, au contact de la discipline et de la vie militaire. Aussi, pour en garder une image objective pouvons-nous choisir l'exemple suivant :

OBSERVATION. — « Agé de vingt-neuf ans, le brigadier B... avait dix ans de service quand il fut hospitalisé dans le service de Neuro-Psychiatrie du Val-de-Grâce, son passé était sans histoire.

Au Service Militaire, il avait présenté quelques accès comitiaux, aucun n'avait amené son hospitalisation. « mais sa vie coloniale avait été illustrée par de nombreuses punitions dont les motifs portaient tous la marque de l'impulsivité et de la tendance aux réactions violentes. Successivement, il eut 63 jours de prison pour avoir maltraité des femmes indigènes et les avoir dépouillées d'une partie de leurs vêtements et de leurs bijoux ; une punition équivalente pour attitude grossière vis-à-vis d'un gradé; d'autres encore pour incorrections multiples et manque de dignité professionnelle.

Son attitude et ses tendances violentes à l'égard de ses hommes avaient amené la cassation de son grade en 1929. Après l'avoir récupéré deux ans après, il n'en gardait pas moins la même attitude impulsive et indisciplinée et se sauvait du quartier pendant plus de trente heures à l'annonce d'une punition de consigne. A son retour, son attitude hostile s'accroissait, puis, brusquement, il faisait une tentative par défenestration. Son chef de corps le représentait comme un coléreux impulsif, proférant fréquemment des menaces, alternativement excité ou, au contraire, déprimé et fondant en larmes.

A l'hôpital, B... s'était montré sombre, réclameur et insociable, il vivait à l'écart des autres, passant son temps dans les couloirs à des promenades de fauve. Il revendiquait « son droit de sortir de l'hôpital quand bon lui semblerait ». A d'autres instants, déprimé et hypocondriaque, il avait des idées de suicide. Il nous montra enfin ses réactions coléreuses à l'occasion de mesures administratives prises à son égard... Indifférent, il se souciait peu de sa famille et n'en parlait que dans la mesure où, pensait-il, cet argument pourrait influencer le règlement de sa situation...»

## **Narcolepsie**

Dans le même ordre d'idées, la narcolepsie diurne d'un soldat peut, si son origine est méconnue, lui attirer des représailles aussi graves. Gélineau et Céré ont établi que l'attaque diurne de la narcolepsie pouvait remplacer les accès convulsifs.

Evidemment, tout sommeil en faction ne doit pas être érigé en équivalent comitial. Mais le sommeil banal n'a pas le même caractère de nécessité impérieuse et irrésistible que la narcolepsie. Aucune puissance ne peut soustraire les sujets à ces manifestations épileptiques larvées.

Heuyer cite un soldat qu'il fut appelé à examiner. Ses crises de sommeil irrésistible se produisirent dans de telles circonstances qu'il comparut devant le conseil de guerre, pour sommeil en faction devant l'ennemi. Heuyer démontra la nature comitiale de cette lourde faute, en se basant sur les antécédents épileptiques du sujet. Des crises convulsives typiques survenues pendant la durée de sa mise en observation à l'hôpital levèrent tous les doutes.

## **Difficulté du Diagnostic**

Mais le diagnostic positif de ces différents équivalents reste dans la majorité des cas fort difficiles. Nous en donnerons ci-dessous un exemple particulièrement frappant, sous son aspect banal. (Cette obser-

vation nous a été communiquée par M. le Médecin-Commandant Hamon, professeur agrégé du Val-de-Grâce) :

« Le procès-verbal d'arrestation de la gendarmerie (cote 1) expose les faits : les gendarmes sont prévenus le 12 août 1940, du scandale provoqué sur la voie publique par le soldat L... Celui-ci qui, comme la suite de l'enquête le démontre, s'est emparé de la voiture de liaison de son unité ce même jour, vers 20 h. 15, a été sur le point de créer des accidents par la manière dont il conduisait la voiture. Il menace maintenant les personnes qui lui font des observations, les injurient, se débat avec violence lorsqu'on essaie de le maintenir. Un coup de pied atteint l'un des gendarmes au genou. L... est emmené, non sans difficultés dans les locaux de la gendarmerie et le lendemain matin, lucide, reconnaît qu'il avait bu immodérément et qu'il était complètement ivre.

Un premier témoin déclare que « la voiture zigzaguait sur la chaussée vers 20 h. 30. Un deuxième témoin déclare que, vers la même heure L... est venu à lui pour lui demander de réparer une roue. Le témoin a refusé, étant donné, dit-il, l'état d'ivresse de ce soldat qui est alors reparti en voiture.

Dans le même procès-verbal, nous trouvons les déclarations du lieutenant J..., commandant le détachement du contrôle de l'essence qui s'exprime ainsi : « Cet homme était à mon service depuis le 20 juillet 1940. Il a toujours accompli son service avec sérieux. Je n'ai eu, jusqu'à présent, à lui faire aucun reproche. Je n'ai jamais constaté que cet homme ait été ivre et, ce soir même, il a mangé la soupe avec ses camarades. Ceux-ci n'ont rien remarqué d'anormal. Il a été blessé à la tête des suites de guerre et soigné à l'Hôpital de N...

Dans une lettre du 30 août 1940 (cote 5), le Commandant de la 1<sup>re</sup> Compagnie de Démobilisables de N..., B... rend compte qu'il ne possède pas les pièces matricules de l'intéressé.

Enfin, dans des notes d'audience (cote 9), nous relevons certaines déclarations de L...: « Quand aux incidents qui ont suivi, j'avais bu et je ne me rappelle plus... J'étais à A., à la suite d'une blessure que j'avais reçue du côté de S... Cette blessure a entraîné une trépanation.. Réquisitions du défenseur tendant à un examen mental. »

Le soldat L... est un cultivateur de 24 ans, qui se présente à nous d'une manière très normale et s'exprime sans réticences. Il nous fait, d'après ses souvenirs, et en réponse aux questions que nous lui posons, le récit des incidents qui motivent l'inculpation de la manière suivante: « Le 12 août 1940, tout l'après-midi, j'avais contrôlé des tickets au distributeur d'essence et je n'étais pas sorti. J'ai partagé avec les camarades la soupe du soir qu'on nous apportait de l'extérieur. J'avais déjà mal à la tête comme souvent depuis ma blessure et aussi des éblouissements... Après, je ne sais plus ce que j'ai fait... Je ne me souviens pas avoir pris la voiture. Il y a un trou dans ma mémoire jusqu'au lendemain matin. Je suis revenu à moi vers je ne sais plus quelle heure. Je ressentais un violent mal de tête et des courbatures dans tous les membres... Je n'avais sûrement pas bu la veille parce que je n'avais pas d'argent... Je n'avais pas mal à la langue, je n'avais pas uriné sans m'en apercevoir, mais j'avais des ecchymoses un peu partout. »

L'expression paraît sincère et, qui plus est, toutes les précisions que nous obtenons et que nous allons rapporter devront être sollicitées à plusieurs reprises.

Les excès éthyliques seraient à peu près inconnus de l'intéressé qui affirme être d'ordinaire très sobre et

les appréciations de son Commandant d'unité sur sa manière de servir sont excellentes, et sans réserves, en particulier à ce point de vue.

Ce jeune cultivateur a un passé parfaitement net de toute tare mentale, de toute anomalie de comportement, de toute affection organique. Ses parents sont morts il y a quelques années. Ses trois frères et ses deux sœurs sont en excellente santé. Il a fort convenablement appris à l'école et n'a guère oublié l'essentiel de ce qui lui a été enseigné. De treize ans jusqu'à son départ pour le service militaire, travaillant comme ouvrier agricole dans la même exploitation, il était actif, scrupuleux, attentif et d'humeur toujours calme. Il a été appelé le 15 octobre 1937 au X... R.I. à S. où sa conduite paraît avoir été aussi bonne que dans la vie civile.

Le 17 mai 1940, L... était en ligne aux environs de S..., lorsqu'il est blessé d'un éclat d'obus au niveau de la région frontale gauche et du moignon de l'épaule du même côté. Il perd connaissance quelques heures. Nous avons eu, entre les mains, la fiche médicale d'hospitalisation qui porte les indications suivantes : « H.O.E. 2, N° 2, blessé le 17 mai 1940, 15 h. 30.

1° Plaie de l'épaule, excision, mèche ;

2° Enfoncement boîte crânienne au niveau du frontal. Trépanation ».

Evacué sur l'arrière dans le train sanitaire, il a une crise nerveuse avec perte de connaissance. Lorsqu'il revient à lui, il souffre de violentes céphalées, d'une courbature générale intense et vomit.

Quelques semaines plus tard, dans un hôpital de R..., sa plaie frontale cicatrisée, il est pris un soir d'une nouvelle crise nerveuse. Il reprend conscience peu après, croit-il, et s'aperçoit qu'il est étendu sur un lit. Les céphalées sont violentes et ses membres sont rompus de fatigue comme s'il venait de faire une longue marche. Une troisième crise dont le souvenir est im-

précis, aurait eu lieu au cantonnement (détachement du contrôle de l'essence). Ses camarades lui ont cependant dit qu'il s'était débattu en grinçant des dents.

Tout ceci est exprimé avec un évident souci de sincérité, sans aucune tendance à l'utilisation.

Ainsi un blessé du crâne, et des plus authentiques, présente peu après cette blessure, des crises nerveuses dont le seul caractère certain, d'après le récit qui nous est fait, est une perte de connaissance totale avec chute. Persistent après de violentes céphalées, une courbature générale intense et parfois aussi une singulière impression qui s'épuise d'ailleurs assez vite : « On dirait que tout est drôle autour de lui ».

Cet ensemble symptomatique exige que nous étudions la possibilité d'une épilepsie post-traumatique.

L'examen clinique du système nerveux est négatif, dans l'ensemble, ce qui ne saurait nous surprendre.

Nous trouvons au niveau de la région frontale gauche une cicatrice cutanée et sous-jacente à celle-ci une dépression de la table externe, à fond dur non impulsive à la toux. La radiographie nous montre, à ce même niveau une perte de substance osseuse, régulièrement circulaire, atteignant approximativement le diamètre d'une pièce d'un franc. Ce sont-là les séquelles de la blessure et de la trépanation qui s'en suivit.

Que L... ait présenté, dans le train sanitaire qui l'évacuait sur l'arrière, une crise épileptique déterminée par cette plaie crânienne, nous l'admettons volontiers. Les vomissements qu'il signale peuvent être tenus pour des symptômes d'irritation conforme à ce que nous apprend l'observation de l'évolution des traumatismes craniocérébraux.

Il reste à déterminer l'existence actuelle de cette épilepsie et le rôle qu'elle a pu jouer dans les faits qui ont motivé l'inculpation.

Il est d'autres séquelles post-traumatiques que l'épi-

lepsie. Ce sont celles qui sont rassemblées sous la dénomination de syndrome subjectif post-commotionnel. Les céphalées et les vertiges s'y ajoutent à des perturbations qui se traduisent par des troubles du caractère et de la mémoire. Ces blessés deviennent irritables, leur mémoire incertaine et infidèle. Ce syndrome différent de l'épilepsie ne saurait être confondu avec celle-ci.

Nous l'avons recherché chez L., et voici ce que nous apprenons.

Il est resté apparemment aussi calme que par le passé mais il éprouve par instants une sensation profonde de nervosité tout intérieure. Il souffre de maux de tête et d'éblouissements, mais il ne s'en est guère plaint, parce qu'il espère que cela passera. Ce qui le frappe surtout, c'est sa mémoire qui a diminué. Nous sommes surpris, quant à nous, de constater que ce sujet, dont l'instruction est suffisante et le jugement sain, n'a gardé aucun souvenir des indications médicales portées sur des billets ou des fiches d'hospitalisation qu'il a gardés par devers lui.

Et c'est en étudiant ces défaillances de la mémoire que nous sommes peu à peu mis sur le chemin de manifestations plus particulières qui doivent être distinguées dans leur essence, de celles d'un banal syndrome subjectif.

L... a des moments de distraction totale ; il déplace un objet et est tout surpris de l'avoir déplacé. De même, il lui est arrivé, à diverses reprises de se trouver en ville, sans savoir comment il y était venu ; à ce moment, il est comme s'il sortait brusquement d'un rêve ou plus exactement d'un état d'inconscience absolue qui a duré de cinq à dix minutes, le temps de franchir la distance qui sépare le dépôt d'essence de cet endroit connu qui s'impose brusquement à lui.

Ces épisodes ont vraiment autre allure que de simples troubles dysmnésiques altérant quelque peu l'attention

ou la mémoire d'évocation. Ils rappellent l'absence et l'accès d'automatisme ambulatoire de l'épilepsie.

De plus en plus, la probabilité de l'épilepsie retient notre attention. Elle trouve un nouvel argument dans un incident d'apparence banale, survenu à deux reprises, à long intervalle : L... est souvent agité la nuit. Parfois, il se débat sur son matelas, donne des coups de pied et des coups de poings de côté et d'autre. Il souffre d'autant plus de céphalées matinales que l'agitation nocturne a été plus intense, et un matin, à sa très grande surprise, lui qui n'a jamais été énurésique, il constate qu'il a uriné sur son matelas. Cela s'est passé une fois au cantonnement et une fois à la Prison Militaire où il est détenu. La miction involontaire est un phénomène des plus fréquents au décours des paroxysmes convulsifs de l'épilepsie, à tel point que lorsqu'il est seul constaté, on est porté à admettre qu'il marque la fin d'une crise motrice discrète, passée d'autant plus inaperçue qu'elle est survenue la nuit.

Qui pourrait soutenir que L... n'a jamais présenté de crise convulsive nocturne ? Tels sont les éléments que nous apporte notre étude : un homme de 24 ans, dont le passé est sans histoire pathologique, est blessé au crâne, puis trépané le 17 mai 1940. Depuis cette époque sont apparues des manifestations toutes nouvelles pour lui : des pertes de connaissance avec chute et obnubilation consécutive, des phases d'agitation nocturne avec deux mictions involontaires, de courts épisodes psychiques du type absence avec automatisme ambulatoire.

Tout cet ensemble nous incite plus que jamais à ne pas nous départir de la seule attitude qui convienne aussi bien en médecine clinique qu'en médecine légale, surtout lorsqu'il s'agit de troubles subjectifs ou d'épisodes paroxystiques, intermittents, difficilement constatables, comme les manifestations de l'épilepsie, qui

souvent, dans leurs intervalles, n'entraînent aucun signe objectif; accepter le récit de l'intéressé, tel qu'il est fait, quitte à en réfuter ultérieurement la véracité par des arguments de certitude.

Nous en arrivons ainsi à l'étude des infractions qui motivent l'inculpation actuelle.

L... n'a conservé aucun souvenir de la période qui s'étend du 12 août 1940, 20 heures (il avait mangé à 19 heures) au 13 août, premières heures de la matinée. Il ne se rappelle plus avoir pris cette voiture dont le Lieutenant J... constate la disparition vers 20 h. 15. Il n'a aucune notion de l'accident survenu à la roue, de la réparation demandée au mécanicien d'un garage, de tous les incidents qui suivent.

Rien, absolument rien, n'émerge de cette phase d'assez longue durée où la conscience paraît avoir été complètement abolie et qui est, actuellement encore, amnésique.

L... affirme, contrairement à ses premières déclarations, qu'il n'avait pas bu. Il ne boit pas habituellement et au surplus, depuis quelques jours, n'avait pas un sou en poche. S'il a convenu de l'ivresse, c'est négligemment, semble-t-il, et sans attacher beaucoup d'importance à sa réponse. Admettons néanmoins qu'il ait eu le temps de s'enivrer entre 19 h. 30 (fin du repas au cours duquel son attitude était normale) et 20 h. 30 (cf. déclaration du deuxième témoin). Ce délai paraît bien bref, et dans ces conditions, une fragilité particulière à l'alcool serait seule de nature à expliquer une intoxication éthylique suraiguë. Aussi bien, cet accès excito-moteur particulièrement violent dans son extériorisation évoquerait alors l'hypothèse d'une « ivresse pathologique » comme il survient parfois chez des sujets atteints d'épilepsie fruste; l'alcool agit alors comme un véritable révélateur et son appoint toxique déclenche la crise.

Sans doute aucun élément certain ne nous permet de rejeter le rôle de l'alcool. Aucun non plus ne s'oppose à ce que nous considérions cet état d'inconscience totale avec amnésie lacunaire consécutive comme d'origine épileptique, pas même cette démarche apparemment si adaptée qui consiste à aller demander une réparation à un garagiste pour une avarie effectivement survenue à une roue de la voiture. Il est en effet avéré, par des faits d'observation indiscutables, quoique rares, que l'épileptique, au cours d'une fugue, inconsciente et amnésique, peut accomplir des actes relativement coordonnés : prendre un billet de chemin de fer, retenir une chambre à l'hôtel, s'emparer d'une bicyclette pour faire parfois un très long parcours, etc... Dans ces conditions, dira-t-on alors, quel est l'élément du signe, d'une manière incontestable et indélébile, d'épilepsie ? C'est assez souvent, mais non toujours, une crise convulsive avec chute et perte de connaissance qui vient mettre fin à ces accès d'automatisme ambulatoire ou un acte impulsif d'une grande violence.

Qui nous dit qu'après cet état d'inconscience, L... n'a pas présenté une crise convulsive dans les locaux d'isolement de la gendarmerie.

N'en eut-il pas présenté que la comitialité pourrait cependant être retenue et les auteurs classiques qualifient précisément « d'équivalents » ces états d'épilepsie psychique (absences et fugues) parce que l'expérience clinique montre qu'ils sont vraiment les équivalents des grandes crises convulsives qui abattent soudain les malades sur la voie publique. En sorte que l'épilepsie motrice ou psychique reste en définitive caractérisée par un paroxysme soudain d'inconscience d'une durée plus ou moins longue dont la seule séquelle appréciable, pour l'intéressé est l'amnésie. Au cours de ce paroxysme surviennent les manifestations les plus diverses et pour ce qui nous intéresse, des accès d'agitation psycho-mo-

trice qui vont jusqu'à l'état de manie furieuse et jusqu'au plus violentes réactions anti-sociales.

L..., qui a déjà, consécutivement à sa blessure, présenté des manifestations de type épileptique, a pu être en proie à un « équivalent », au cours duquel il a commis, par une succession d'impulsions également inconscientes, les faits qui lui sont reprochés.

## Discussion

Nous n'ignorons pas qu'à chaque instant de l'exposé qui précède, une objection de principe s'impose à l'esprit le moins prévenu : les quelques éléments de discussion que nous avons rassemblés sont d'ordre subjectif d'une part, et d'autre part, les manifestations pathologiques qu'a pu éprouver L... n'ont jamais été médicalement constatées.

Et du point de vue médico-légal, la question reste entière de savoir si L... était bien en état de mal épileptique lorsqu'il a commis le vol et les violences que retient l'inculpation.

Nul ne saurait cependant contester, étant donné les antécédents, la possibilité de l'épilepsie. Bien plus, nous croyons pouvoir en affirmer la très grande probabilité, et ne laisser à l'erreur qu'une marge très réduite, si à l'objection de principe formulée plus haut nous opposons les très fortes présomptions de certitude suivantes :

1° A aucun moment L... ne cherche à amplifier les troubles divers qu'il a éprouvés depuis sa blessure. Au contraire, puisque nous devons nous attacher d'une manière constante, à une prospection attentive de ses anamnestiques pour y rechercher de petits faits d'ordre pathologique, discrets ou fugaces, auxquels il n'a pas prêté attention et qu'en conséquence, il ne saurait nous livrer spontanément.

Il ne plaide pas systématiquement l'amnésie, comme tant d'autres. En toute simplicité d'esprit et nous allons dire en toute rectitude de jugement, parce que nous en avons la très vive impression, il se borne à dire qu'il ne comprend pas et ne peut encore aujourd'hui expliquer ce qui lui est arrivé, sans jamais chercher à interpréter l'incident à la lumière des troubles qu'il a précédemment éprouvés.

Il n'est donc pas renseigné sur les diverses modalités d'extériorisation de l'épilepsie. Son récit ne nous paraît donc que plus digne de la plus grande attention et, pour tout dire, nous le présumons sincère.

2° La survenue d'une manifestation aussi particulière qu'une mixtion nocturne involontaire chez un sujet qui, peu après au réveil, se sent las et courbaturé et souffre de céphalées plus intenses qu'à l'ordinaire, revêt à nos yeux une valeur primordiale, du seul point de vue médico-légal: le caractère de ce symptôme est trop particulier pour qu'il ne soit pas complètement ignoré, dans sa signification réelle, par un esprit non informé.

3° L'apparition et la succession de crises nerveuses et de manifestations, non convulsives, du type équivalent psychique chez un blessé du crâne, trépané aussitôt après la blessure, est trop conforme à ce que nous savons des complications des traumatismes cranio-cérébraux pour rejeter systématiquement leur authenticité. En dehors de toute affaire pénale, nous ferions crédit à l'intéressé.

Toutes ces présomptions militent en faveur de la réalité d'une épilepsie post-traumatique. La certitude ne pourrait en être apportée que par la constatation médicale d'une de ses manifestations, dans un service spécialisé où la période d'observation serait nécessairement assez longue et pourrait atteindre plusieurs semaines, sinon plusieurs mois. Dans un milieu soustrait aux influences extérieures, par conséquent sédatif, comme

peut l'être le milieu hospitalier, les paroxysmes épileptiques surviennent en effet avec une moindre fréquence que dans la vie sociale habituelle.

Quant à l'accès ambulatoire du 12 août 1940 caractérisé par l'inconscience et l'amnésie d'une part et par une agitation psycho-motrice avec violences et actes délictueux d'autre part, si sa nature épileptique nous paraît très probable, nous ne pouvons cependant l'affirmer d'une manière absolue, puisque les preuves objectives nous font défaut.

Si l'influence de l'alcool doit être admise, on devra considérer que chez un blessé du crâne, très vraisemblablement épileptique, des excès modérés peuvent déclencher une ivresse pathologique dont les manifestations se confondent avec l'épilepsie. »

## Difficultés du diagnostic médico-légal

C'est à la lumière de cette dernière observation que nous étudierons les difficultés du diagnostic. Elles y sont envisagées tout au long de l'expertise et si elles sont parfaitement connues dans leur ensemble, leur examen attentif a permis cependant, croyons-nous, de leur apporter certains palliatifs.

Dans la majorité des cas, ces difficultés naissent toutes, de manière plus ou moins directe — est-il besoin de le rappeler — du caractère fondamentalement paroxystique de tout accident épileptique. Passé cet accident qui, dans le cas qui nous préoccupe, est à l'origine de la réaction antisociale, l'observation médicale ne peut se borner qu'à recueillir les allégations de l'intéressé — allégations qui sont d'ordre éminemment subjectif et par définition même, incontrôlables — surtout *a posteriori*.

Nous ne pouvons nous arrêter devant cet obstacle, sans nous être efforcé d'en réduire le caractère apparemment définitif et infranchissable.

L'expertise médico-légale se heurte dans la pratique à certains écueils. Les conditions dans lesquelles elle se poursuit ne mettent pas à l'abri de toute cause d'erreur. Même si les examens auxquels l'inculpé est soumis sont multipliés, il n'en reste pas moins

qu'ils n'ont qu'une valeur actuelle, qu'exceptionnellement ils permettront de constater une crise convulsive dont les éléments symptomatiques autoriseront à accepter comme valables la perte de connaissance alléguée par l'inculpé au moment où il a commis les faits qui lui sont reprochés, ainsi que l'amnésie lacunaire qu'il invoque à ce propos, et qu'en conséquence il paraîtra souvent souhaitable qu'une mise en observation dans l'annexe psychiatrique d'une prison ou dans la section des détenus d'un hôpital militaire, vienne compléter, par la constatation d'un épisode pathologique, les présomptions recueillies au cours des examens antérieurs. Ces mises en observation ne peuvent résoudre sûrement le problème : leur durée est nécessairement fort longue et de ce fait l'intérêt qu'elles présentent n'est pas toujours très exactement compris. L'incertitude même des conclusions qu'elles pourront comporter n'est pas d'autre part sans entretenir quelques réserves sur leur utilité dans l'esprit même du médecin. Celui-ci préférera le plus souvent « faire une enquête » (lecture des écrits du délinquant, interrogatoire des parents, des amis, sans paraître néanmoins empiéter sur l'instruction).

En dehors de cette difficulté première inhérente au caractère de la maladie et aux conditions habituelles de l'expertise, il en est d'autres qui tiennent plus particulièrement à l'individualité de l'inculpé. Celui-ci, qu'on le veuille ou non, est déjà marqué d'un préjugé défavorable pour lui.

Invoquer l'amnésie est un mode élémentaire de défense, non certes des plus sûrs, mais en tout cas gé-

nérateur de doute, et le doute ne représente-t-il pas déjà un gain, un argument utilisable avec quelques chances de succès ? Ceci dit pour expliquer comment l'hypothèse de la simulation peut naître rapidement dans l'esprit de l'observateur. Or, ici plus qu'ailleurs encore, nous pensons qu'une telle hypothèse ne doit être envisagée qu'en dernier ressort, lorsque tous les éléments d'une affection réelle, authentique, font absolument défaut et ne peuvent être mis en évidence par l'investigation la plus attentive poursuivie non seulement sur l'état actuel, mais sur les antécédents de l'inculpé. Le diagnostic de simulation n'est pas à retenir d'emblée parce que tout signe pathologique a disparu ou paraît absent. Il est à rejeter aussi loin que possible, osons-nous dire, et ce n'est que lorsque l'examen clinique aura épuisé toutes ses ressources, qu'il pourra être évoqué, non sans une très grande prudence. Si l'on veut bien en effet considérer que ce terme de simulation présuppose nécessairement un diagnostic d'ordre médical, on sera porté avec raison à admettre qu'il le faut établir avec le souci constant de rigueur scientifique qui doit présider à tout examen médical et l'étayer sur des données aussi proches que possible de l'objectivité, quand celle-ci ne peut pas être complètement atteinte.

Sans doute les critères objectifs sont-ils rares et lorsqu'ils sont absents on ne peut que se soumettre à la réalité des faits, telle du moins qu'elle nous est exposée, sous la réserve que nous devons porter une critique approfondie sur les éléments divers que nous fournissent l'examen clinique et l'étude des antécé-

dents. C'est une tâche difficile, sujette à erreur et par conséquent tâche à mener avec la plus grande circonspection.

Comment faire la preuve de l'origine comitiale d'un épisode mental à type de réaction anti-sociale, quand le paroxysme convulsif n'existe pas ou a été insuffisamment constaté ?

A notre sens, il convient d'abord d'accepter les déclarations de l'inculpé, puis de provoquer, au cours de l'examen, par des questions prudentes, se gardant de toute suggestion, un « retour sur le passé ». Celui-ci permettra peut-être de faire ressurgir un incident discret, banal, d'apparence anodine, qui a fort ému l'intéressé ou son entourage, bien qu'il fût resté inexpliqué. Tel malade, épileptique avéré, ne nous rapporte-t-il pas ainsi qu'à 16 ans, un matin sa mère l'obligea à aller faire ses excuses à son père. Il s'étonna, ne se rappelant rien, alors que la veille vers vingt-deux heures, tout nu, il avait voulu sortir en ville et avait battu son père qui s'opposait à sa sortie. Tel autre, se présentant au contremaître le samedi se voit refuser la paie du mercredi, sous le prétexte, qu'il reconnaît exact, qu'il n'était pas venu travailler à l'usine ce jour-là. Il demande des éclaircissements à sa mère qui lui dit simplement que ce mercredi il est rentré plus tard que d'habitude, les vêtements sales et déchirés; quant à lui, il ne sait rien, ne se rappelle rien.

Sans doute de telles déclarations ne revêtent-elles quelque valeur que lorsqu'il s'agit de malades non avertis de modalités diverses de l'extériorisation des

équivalents comitiaux. Elles devront être corroborées par des présomptions de sincérité, comme nous l'avons vu dans la dernière observation que nous rapportons.

Si le passé apparaît indemne de toute manifestation comitiale, peut-être y trouvons-nous cependant quelques stigmates propres au caractère épileptique ou épileptoïde tel que l'ont décrit certains auteurs. Parfois certains états crépusculaires où la conscience n'est que partiellement obscurcie et desquels la mémoire a gardé quelque souvenir, pourront être rapportés à une étiologie comitiale, en raison du caractère monotone, stéréotypé ou encore de la « gratuité », du geste délictueux qui a été observé pendant cette période d'obnubilation psychique.

Nous devons bien reconnaître qu'en pareille matière, à défaut du critère objectif qu'il est si malaisé d'observer au cours des longues phases interparoxystiques de l'épilepsie, nous ne pouvons qu'accepter « sous bénéfice d'inventaire » suivant une expression commune, les déclarations de l'inculpé. Mais il ne nous paraît pas douteux que, dans un certain nombre de cas, tel fait délictueux, allégué comme inconscient ou involontaire, se trouvera éclairé dans son déterminisme par le récit d'incidents antérieurs d'apparence banale, dont la nature pathologique n'avait même pas été reconnue et dont le secours n'est même pas utilisé pour plaider non coupable par un sujet non averti.

En terminant, nous ne pouvons omettre, lorsque l'on se trouve en présence d'un état d'inconscience suivi d'amnésie lacunaire, la nécessité d'écarter l'éventualité de manifestations liées à un accès d'éthylisme aigu, ne fût-ce qu'en raison de l'aggravation de la sanction pénale en pareille circonstance.

Les commémoratifs et les témoignages sont ici fort contestables. La preuve de l'intoxication ne peut être donnée que par le dosage de l'alcool dans le sang au moment ou peu après l'acte délictueux. Cette recherche ne pourra être faite que d'une manière très exceptionnelle. La recherche et le dosage de l'alcool dans la salive apparaît par contre d'une utilisation beaucoup plus facile et M. Simonnin qui est le promoteur de la méthode s'exprime ainsi à ce sujet : « Le dosage de l'alcool dans la salive devient donc un mode de dépistage des sujets ivres...

Comment passer du plan expérimental au plan médico-judiciaire ? Nous concevons cette organisation très simplement de la manière suivante : dans chaque commissariat de police et auprès des chefs de brigade de gendarmerie serait déposé un nécessaire comprenant un petit tube crachoir de 2 cm. de diamètre sur 5 cm. de hauteur, bien bouché, contenant un cristal d'acide picrique, et le double emballage réglementaire qui permet l'expédition par la poste.

En cas d'accident grave ou de crime, la police ou la gendarmerie aurait la possibilité de faire cracher quelques centimètres cubes de salive par l'individu responsable, en observant un délai de vingt minutes (l'imprégnation de la bouche par le passage d'une

boisson alcoolique ne dépassant pas vingt minutes), entre le fait judiciaire et le prélèvement de la salive. Le jour même, le tube crachoir serait adressé à un laboratoire de médecine légale ou de toxicologie en vue du dosage de l'alcool.

Pour que les parquets généraux aient la possibilité de mettre à l'essai un tel système, il serait souhaitable que le Congrès de médecine légale exprime dans ce sens un vœu qui serait adressé aux départements ministériels intéressés... ». Simonin et Warter. « Le passage de l'alcool dans la salive ». (*Annales de Médecine légale*, mai-décembre 1940, p. 215).

★★

Il reste, malgré tout, que bien souvent il sera impossible d'arriver à des conclusions catégoriques. Jamais la critique la plus minutieuse, le raisonnement le plus étroitement coordonné ne parviendront à administrer la preuve irréfutable que contient à elle seule l'observation médicale d'un paroxysme épileptique. Si une présomption de comitialité peut seule être établie, elle sera exposée en tant que telle dans le rapport d'expertise médico-légale, le médecin devant à la justice, et se devant à lui-même d'indiquer avec précision le point où ses investigations l'ont conduit.

## CONCLUSIONS

1° Les troubles mentaux de l'épilepsie sont à l'origine de certaines réactions antisociales, de délits ou de crimes.

2° Ils peuvent se manifester à l'exclusion de tout paroxysme convulsif et dès lors le diagnostic étiologique, au cours d'une expertise médico-légale, s'en avère très difficile.

3° Leur extériorisation en milieu militaire peut se traduire par des fautes particulièrement graves, dont quelques-unes sont qualifiées crimes par le Code de justice militaire.

4° En pareille matière, tout critère objectif faisant défaut, il convient, après avoir recherché dans les faits de la cause les éléments cliniques qui sont en faveur de l'épilepsie, d'attacher une grande valeur aux équivalents anciens, surtout lorsqu'il s'agira de malades qui, de toute évidence, ignorent les modalités diverses que peut revêtir l'épilepsie larvée.

5° Il est indispensable d'éliminer l'hypothèse d'accidents liés à l'éthylisme aigu.

6° Si l'expertise médico-légale ne permet d'arriver qu'à des éléments de présomption en faveur de la comitialité, ceux-ci seront exposés au Tribunal avec leurs seuls caractères de présomption et non de certitude.

*Vu :*  
*Le Doyen,*  
JEAN LEPINE.

*Vu :*  
*Le Président de la Thèse,*  
FROMENT.

*Vu et permis d'imprimer :*  
Lyon, le 2 Décembre 1941  
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
GAU.

## BIBLIOGRAPHIE

- BRIAND. — Les comitiaux dans l'armée. *Société de Médecine légale de France*, 13 juillet 1915.
- J. CARRIER. — Deux cas de fugues épileptiques conscientes et mnésiques. *Société de Médecine psychologique*, 21 juillet 1938.
- CAVALIER. — De la fureur épileptique. *Thèse de Montpellier*, 1850.
- H. CLAUDE. — Psychiatrie médico-légale.  
— Epilepsie fruste et fugue. *Revue générale de clinique et thérapeutique*, 1913, page 61.
- CLÉRAMBAULT (De). — Impulsions mnésiques et lucides probablement comitiales. *Société de clinique mentale*, 16 juillet 1923.
- CURTON (De). — L'épilepsie consciente et mnésique. *Thèse de Bordeaux*, 1931-1933.
- DUCASTE. — A propos de l'épilepsie consciente et mnésique. *Société de Médecine psychologique*, 26 avr. 1920.  
— De l'impulsion consciente et mnésique et en particulier d'un des équivalents psychiques : Les suicides impulsifs et conscients. *Thèse de Bordeaux*, 1899.
- DUPOUY et JOUFFROY. — Fugues et vagabondage.
- FALRET. — De l'état mental de l'épileptique. *Arch. génér. de Méd.*, 1860-1861, page 49.
- FODERE. — Essai médico-légal sur la folie.
- FRIBOURG BLANC. — Aptitude au service militaire et responsabilité pénale. *Paris Médical*, nov. 1933.  
— La pratique psychiatrique dans l'armée.

- GELMA. — Le diagnostic médico-légal de l'épilepsie larvée. *Société de Méd. légale*, 11 octobre 1926.
- HEUYER. — Sommeil en faction devant l'ennemi. Narcolepsie équivalent épileptique. *Société de psychiatrie*, 16 octobre 1919.
- LEGRAND DU SAULLE. — Etude médico-légale sur les épileptiques. *Traité de Méd. légale*, 1886, p. 808.
- LOGRÉ. — Sur quelques cas de fugue devant l'ennemi. *Revue neurologique*, juillet 1916.
- L. MARCHAND. — Rapport de l'alcoolisme et de l'épilepsie. *Paris médical*, n° 28, 10 juillet 1927, p. 615.
- L. MARCHAND et J. AJURIAGUERRA. — Du suicide chez les épileptiques. *Presse médicale*, 16-19 avril 1941.
- MARCHAND, Mme GAUTHIER et STORA. — Epilepsie psychique post-traumatique associée à un syndrome d'amnésie continue. *Annales médico-psychologique*, n° 4, décembre 1937, p. 776.
- MARCHAND, GOLSE et DELMONT. — Automatisme ambulatoire épileptique avec exhibitionnisme sans concomitants convulsifs. *Annales médico-psychologiques*, n° 4, nov. 1936, p. 615.
- MERCKLEN et HEUYER. — Epilepsie à forme mnésique. *Société de psychiatrie*, 21 juin 1933.
- MIGNARDOT-RAMÉE et AUBRY. — Impulsion au suicide répétée, consciente et mnésique chez un grand épileptique. *Annales médico-psychologique*, juin 1936, p. 44.
- PAGNIEZ. — Remarque sur l'étiologie de l'épilepsie. *Presse Médicale*, 1941, n° 38-39, avril-mai, p. 473.
- PICARD J. — Des actes automatiques de nature comitiale. *Thèse de Paris*, 1927, p. 74.
- PONT. — Les indisciplinés dans l'armée. *Thèse de Nancy*, 1912.
- REBOUL, LACHAUX et ROGER. — Manifestations psychiques de l'épilepsie. *Marseille Médical*, 1925, tome I, p. 280.

SAMELAIGNE. — Automatisme ambulatorio. *Journal de Méd. mentale*, 1861.

SIMONIN. — Epilepsie psychique et délits militaires, p. 103.

SIMONIN et WORTER. — Le passage de l'alcool dans la salive. *Annales de médecine légale*, mai-décembre 1940, p. 215.

## TABLE DES MATIERES

|                                                                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Historique. Introduction . . . . .                                                                        | 11 |
| Plan . . . . .                                                                                            | 15 |
| Rappel sur l'Epilepsie . . . . .                                                                          | 17 |
| Les différents équivalents. Diagnostic positif . . . . .                                                  | 27 |
| Etude médico-légale des actions délictueuses et criminelles . . . . .                                     | 45 |
| Quelques modalités des équivalents comitiaux en milieu militaire. Les difficultés du diagnostic . . . . . | 57 |
| Conclusions . . . . .                                                                                     | 83 |
| Bibliographie . . . . .                                                                                   | 85 |



